Nr. 46. 11. listopada 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

W DZIESIĘCIOLECIE WOLNEJ POLSKI.

Dziesięć lat mija, gdy sprawiedliwość dziejowa wypisała na kartach traktatu wersalskiego słowo »POLSKA«, gdy Polska, jako wolna i odrodzona, żyć zaczęła.

To święto państwowe i narodowe, jakie w tych dniach podniosłych Opatrzność przeżywać nam pozwoliła — to święto skupienia serc i dusz, to święto obrachunku nas wszystkich i każdego z osobna, co zdziałaliśmy, czem przyczyniliśmy się do budowy fundamentów Ojczyzny odrodzonej, bośmy wszyscy i każdy z osobna Jej budowniczymi. Od siły i trwałości fundamentów zależy niewzruszalność gmachu. Historja osądzi, czy i jak spełniliśmy ten święty obowiązek krwi i sumienia.

Były chwile ciężkie, może do niejednego serca wciskał się jad zwątpienia, niech te chwile miną bezpowrotnie, a miejsce ich zajmie ufność i wiara, wiara silna nie w cuda, ale w nas samych, że to wielkie szczęście, jakiego dożyliśmy, zostanie, że go nieutracimy, że pracą i tężyzną, zgodą i wytrwałością, zachowamy, jak bezcenną perłę, my, którzyśmy odczuwali całą gorycz niewolnictwa.

Czeka nas jeszcze niejedna chwila ciężka, sąsiedzi nasi nieprzyzwyczaili się do myśli, że mamy prawo żyć, jako wolni, a wewnątrz wróg czycha na sposobność każdą. Budowa Państwa na wewnątrz nieskończona.

Nam, strażnikom zdrowia publicznego, przypadło ważne zadanie budowy tego wszystkiego, co ma dać Państwu i zapewnić wielki skarb- zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń, to zdrowie fizyczne, które, obok moralnego, stanowi naprawdę o potędze państw i narodów. Pamiętajmy, że w zdrowem ciele zdrowy duch!

W dziesięciu latach ubiegających dokonaliśmy bardzo wiele na polu organizacji sanitarjatu polskiego. Polska, jako przedmurze Zachodu, zwalczyła ciężkie epidemje, borykała się z plagami, które dziesiątkowały Jej ludność i zrobiły głębokie szczerby w szeregach kolegów naszych, którzy, owiani duchem obowiązku, nie myśląc o Sobie, złożyli ofiarnie Swe życie na polu walki z wrogiem orężnym i epidemjami. Cześć Im i hołd za to!

Ufni w siły własne, z wiarą mocną w sercach, zapatrzeni w dobro Ojczyzny i Narodu, dbali o Jej siłę wewnętrzną i zewnętrzną, zgodnie i wytrwale, pracujmy dla Niej dalej, by kiedyś niepowiedziano, żeśmy zmarnowali Rzecz wielką — my, którzyśmy byli Jej budowniczymi!

WITOŁD NOWICKI.

Dr. Szczepan MIKOŁAJSKI (Lwów).

W DZIESIĄTĄ ROCZNICĘ.

Gdy w całym kraju obchodzimy uroczyście święto dziesięciolecia Polski wyzwolonej, przychodzi na myśl, że równocześnie także sanitarjat polski mógłby obchodzić dziesiątą rocznicę swego powstania.

Dziesięć lat — to niewielki okres czasu, jednak nie minął on marnie w dziedzinie zdrowotności publicznej i zaznaczył się ruchliwą inicjatywą twórczą grona lekarzy, którym było danem kłaść podwaliny pod gmach polskiego prawa sanitarnego i polskiej administracji sanitarnej.

Nie mam zamiaru kreślić historyj tych wysiłków, podjętych z żywiołowym szlachetnym zapałem, z wiarą w przyszłość i z szerokim programem, obejmującym dalekie widnokręgi.

Rzucę tylko kilka wspomnień i przytoczę najważniejsze dane, odnoszące się do przekształcenia administracji sanitarnej b. zaboru austrjacko-węgierskiego w administrację sanitarną polską.

Tuż przed uzyskaniem niepodległości i połączeniem się Małopolski z innemi dzielnicami zaszła w zakresie administracj sanitarnej ważna zmiana. Oto w Dzienniku praw państwa Nr. 297 z dn. 10 sierpnia 1918 r. ogłosiło całe ministerstwo austrjackie rozporządzenie z dnia 8 sierpnia 1918 r. o wprowadzeniu w życie ustawy z dnia 27 lipca 1918 r. i o rozpoczęciu czynności Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

„Odtąd — powiada wspomniane rozporządzenie wykonawcze, ustaje kompetencja innych Ministerstw we wszystkich sprawach, które przydzielono Ministerstwu Zdrowia Publicznego a kompetencja ta przechodzi na Ministerstwo Zdrowia Publicznego".

Rozporządzenie podpisali wszyscy Ministrowie a między innymi są tam podpisy Polaków G a ł e c k i e g o i M a d e y s k i e g o.

Do rozporządzenia dołączono w tym samym numerze Dziennika praw państwa szczegółowe określenie kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Na pierwszem miejscu postawiono zwalczanie chorób przenośnych człowieka, zwalczanie chorób zakaźnych, zwalczanie chorób ludowych: gruźlicy, chorób płciowych, opilstwa i innych. A dalej wymieniono długi szereg zadań Ministerstwa Zdrowia Publicznego, obejmujących cały zakres działania administracji sanitarnej.

Zanim jeszcze „Galicja i Lodomerja" zdołała przystosować się do tego rozporządzenia, runęła Austrja i nastały w Małopolsce rządy polskie.

Z początku były to rządy dzielnicowe, powstałe z konieczności i samorzutnie na gruzach panowania Austrji.

W Krakowie zebranie posłów wyłoniło w końcu października 1918 r. Polską Komisję Likwidacyjną, która podzieliła się na Wydziały, niby Ministerstwa. Między innemi, idąc za wzorem Królestwa Polskiego, utworzono Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej, na którego czele stanął Pos. Dr. Emil B o b r o w s k i. Utworzono dla Wydziału biuro w trzech maleńkich ubikacjach przy pokoju lekarza powiatowego Dr. Walerego M o m i d ł o w s k i e g o i załatwiano tam wszelkie sprawy sanitarne w zakresie instancji wyższej i najwyższej.

Polska Komisja Likwidacyjna uznała, jako obowiązujące, wszystkie ustawy i rozporządzenia austrjackie, wydane po dzień 1 listopada 1918 r., obejmując jednak kompetencję prawodawczą i moc zmieniania tych ustaw i rozporządzeń. Przeto obowiązywały nadal przepisy sanitarne austrjackie.

We Lwowie w dniu 1 listopada 1918 r. wybuchła wojna ukraińska, która wkrótce zajęła całą wschodnią część Małopolski. Już podczas walk ulicznych w mieście Lwowie zawiązał się Komitet Narodowy i przez 3 tygodnie w części miasta wydartej Ukraińcom, sprawował rządy. Był i tu w zawiązku Wydział Zdrowia pod przewodnictwem Prof. Dra B ą d z y ń s k i e g o. Pełniłem w tym Wydziale obowiązki referenta. Zbieraliśmy się na posiedzenia w gimnazjum ruskiem obok Politechniki, w którem kierowałem Szpitalem dla chorób zakaźnych.

Po oswobodzeniu miasta a częściowo i powiatów, na zachód od Lwowa leżących, wybrano na zebraniu obywatelskiem w dniu 22 listopada 1918 r. Tymczasowy Komitet Rządzący, który natychmiast i bez żadnych zastrzeżeń uznał się organem Rządu polskiego w Warszawie, i aż do dalszej decyzji Naczelnika Państwa ujął władzę w swe ręce.

I tu utworzono Wydziały, jako drugie instancje, zaś kompetencje Ministerstw obejmowało pełne zebranie Referentów Wydziałów, które nadto dzierżyło prawodawcze zadania, jakich chwila wymagała.

Odwrotnie, niż w Krakowie i w Warszawie, ustanowiono tutaj Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia. Referentem Wydziału wybrano p. O b i r k a, zastępcą Referenta Dr. Szczepana M i k o ł a j s k i e g o.

Jednak zaraz w pierwszych dniach rządów Tymczasowy Komitet Rządzący ustalił, że zastępca ma być samodzielnym Referentem w sprawach zdrowotnych, sam zaś Referent Wydziału objął wyłącznie sprawy opieki społecznej.

Pomimo oblężenia Lwowa przez wojska ukraińskie, Tymczasowy Komitet Rządzący utrzymywał kontakt z Polską Komisją Likwidacyjną i dążył do zjednoczenia obu tych rządów dzielnicowych, co też nastąpiło na podstawie dekretu Naczelnika Państwa z dnia 10 stycznia 1919 r., ustanawiającego w miejsce Polskiej Komisji Likwidacyjnej i Tymczasowego Komitetu Rządzącego Komisję Rządzącą dla Galicji, Śląska Cieszyńskiego oraz Górnej Orawy i Spiszu.

Komisja Rządząca utworzyła różne Wydziały a między niemi także Wydział Zdrowia Publicznego, którego kierownictwo poruczono Dr. Szczepanowi M i k o ł a j s k i e m u. W statucie Komisji Rządzącej, zatwierdzonym przez Naczelnika Państwa, zapowiedziano (w art. VII), że Rząd obejmować będzie od Komisji Rządzącej poszczególne działy administracji a to na podstawie uchwały Rady Ministrów a z objęciem pewnego działu pod bezpośrednie zawiadywanie Rządu Centralnego dział ten przestanie podpadać pod kompetencję Komisji Rządzącej.

W dniu 16 marca 1919 r. objął Rząd Centralny w bezpośredni zarząd wszystkie sprawy sanitarne w byłym zaborze austrjackim a jako drugą instancję utworzył Minister Zdrowia Publicznego, Okręgowy Urząd Zdrowia we Lwowie.

Tu wypada przypomnieć, w jaki sposób powstało Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Polsce wyzwolonej.

Rada Regencyjna Królestwa Polskiego dekretem z dnia 4-go kwietnia 1918 r. wyłączyła sprawy służby zdrowia z zakresu kompetencji Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i przekazała je Ministerstwu Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, które otrzymało nazwę Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy. Ministrem Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy zamianowała Rada Regencyjna Dr. Witolda C h o d ź k ę.

Dekretem z dnia 30 października 1918 r. rozdzieliła Rada Regencyjna Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy na dwa Ministerstwa, mianowicie na Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej i na Minsterstwo Ochrony Pracy.

W dnu 13 grudnia 1918 r. przy zmianie gabinetu zamianował Naczelnik Państwa Józef Piłsudski Dra Witolda Chodźkę Podsekretarzem Stanu w Ministerstwie Zdrowia Publicznego i powierzył mu równocześnie kierownictwo tego Ministerstwa. W dniu 16 stycznia 1919 r. przyszło do nowej zmiany gabinetu i tekę Ministra Zdrowia Publicznego otrzymał Dr. Tomasz J a n i s z e w s k i. Zluzował go w grudniu tegoż roku znowu Podsekretarz Stanu Dr. Witold Chodźko, któremu prezes gabinetu Skulski powierzył tymczasowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Na podstawie uchwały Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 1918 r. wprowadził Minister Dr. Chodźko rozporządzeniem z dnia 31 grudnia 1918 r. następującą tymczasową organizację Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej.

§ 1. W Ministerstwie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej tworzą się tymczasowo Sekcje następujące:

Sekcja I. — Lecznictwa,
Sekcja II. — Higjeny Publicznej i Medycyny Społecznej,
Sekcja III. — Farmaceutyczna,
Sekcja IV. — Ogólna.

§ 2. Do Sekcji I. wchodzą Wydziały następujące:
Wydział I. — Zwalczanie chorób zakaźnych,
Wydział II. — Zwalczanie chorób wenerycznych i nierządu,
Wydział III. — Zakładów leczniczych,
Wydział IV. — Psychjatryczny,
Wydział V. — Personalu leczniczego.

Do Sekcji II.:
Wydział VI. — Higjeny miast i wsi,
Wydział VII. — Higjeny i inspekcji mieszkań,
Wydział VIII. — Zdrojowisk i Uzdrowisk,
Wydział IX. — Nadzoru nad produktami spożywczemi,
Wydział X. — Sanitarno-weterynaryjny,
Wydział XI. — Higjeny zawodowej,
Wydział XII. — Opieki nad inwalidami i kalekami,
Wydział XIII. — Opieki nad Dzieckiem i Matką,
Wydział XIV. — Higjeny Szkolnej.

Do Sekcji III.:
Wydział XV. — Kontroli aptek i składów aptecznych,
Wydział XVI. — Hodowli roślin lekarskich,
Wydział XVII. — Aprowizacji sanitarnej.
Do Sekcji IV.:
Wydział XVIII. — Sekretarjat,
Wydział XIX. — Statystyki lekarskiej,
Wydział XX. — Likwidacyjny.

§ 3. Wydziały XIII. i XIV. Sekcji II. tworzą osobny Departament Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą.

§ 4. Wydziały dzielą się na referaty, których liczbę i nazwy określi osobne rozporządzenie.

§ 5. W Ministerstwie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej są czynne:
Rada Lekarska Państwa Polskiego,
Rada Aptekarska Państwa Polskiego,
Rada Główna do spraw higjeny i inspekcji mieszkań,
Rada do spraw higjeniczno-lekarskich na drogach komunikacji,
Rada sanitarno-techniczna,
Rada do spraw opieki państwowej nad Dzieckiem i Matką.

Okręgowy Urząd Lekarski.

Reskryptem z dnia 18 marca 1919 r. Nr. S. IV. 1638/7732/19 ustaliło Ministerstwo Zdrowia Publicznego następujące:

Zasady przejęcia agend sanitarnych w byłym zaborze austrjacko-węgierskim przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Na obszarze b. zaboru austrjacko-węgierskiego ustanawia się na razie jeden Okręgowy Urząd Lekarski z siedzibą we Lwowie a dopóki stosunki wojenne uniemożliwiają należycie urzędowanie w tem mieście, tymczasową siedzibą będzie miasto Kraków

Pomieniony Okręgowy Urząd Lekarski obejmie kompetencję i agendy dotychczasowych departamentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału Krajowego.

Personel obu departamentów ma natychmiast przenieść się do Krakowa, zabierając ze sobą akta, bibljotekę i urządzenie kancelaryjne, jedynie szefowie departamentów Dr. L a c h o w i c z i Dr. B e r n a d z i k o w s k i z niezbędną częścią niższego personelu pozostaną nadal we Lwowie, załatwiając tam czynności służbowe, odnoszące się do miasta Lwowa i powiatów, zajętych operacjami wojennemi z tem, że pod kierownictwem p. Bernadzikiwskiego pozostaną tylko sprawy szpitalne.

Personel, przeniesiony czasowo do Krakowa, otrzyma zwrot udowodnionych kosztów podróży i pobierać będzie djety dzienne.

Pan Delegat Generalny postara się u gminy miasta Krakowa o stosowne pomieszczenie na biura Okręgowego Urzędu Lekarskiego.

Cały personel departamentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału Krajowego oraz lekarze okręgowi z dniem 1 kwietnia r. b. przechodzą na etat Państwa Polskiego z dotychczasowemi prawami i poborami.

Uregulowanie poborów całego personelu sanitarnego państwowego w b. zaborze austrjacko-węgierskim według norm, obowiązujących w b. Królestwie Polskiem, nastąpi po uregulowaniu waluty. Odnosi się to także do lekarzy i personelu w szpitalach w Krakowie i we Lwowie, które na razie obejmuje Państwo.

Ustawy i rozporządzenia sanitarne, w b. zaborze austrjacko-węgierskim obowiązujące, pozostają w mocy do odwołania, należy jednak w wykonaniu tych ustaw już teraz dążyć do przystosowania ich do ustaw i rozporządzeń sanitarnych Państwa Polskiego w celu jak najrychlejszego ujednostajnienia administracji sanitarnej w całej Polsce.

Przy Okręgowym Urzędzie Lekarskim utworzona będzie Okręgowa Rada Lekarska, jako organ doradczy, opinjujący i wnoszący inicjatywę.

Z łona Rady utworzy się Sekcje dla poszczególnych działań społecznych sanitarnych przy uwzględnieniu lub rekonstrukcji istniejących już towarzystw i organizacyj. Przy pomocy tych organów Dyrekcja Okręgowa Urzędu Lekarskiego dołoży starań celem ożywienia i wzmocnienia działalności na polu walki z chorobami zakaźnemi i gruźlicą, zwalczania chorób wenerycznych i nierządu, walki z alkoholizmem, na polu opieki nad dziećmi, nad inwalidami, kalekami (ociemniałymi i głuchoniemymi), na polu asanacji gmin, rozwoju zdrojowisk itd.

Wszelkie dotychczasowe dotacje i subwencje państwowe i krajowe na powyższy cel przejmuje nadal Państwo.

O ile Wydział Krajowy upoważniony był do pobierania podatków na cele powyższe, to fundusze, z tych źródeł płynące, przejdą z dniem 1 kwietnia r. b. do Skarbu Państwa.

W obecnej chwili ze względu na groźne niebezpieczeństwo epidemji tyfusu plamistego Okręgowy Urząd Lekarski ma wytężyć usiłowania zapobiegawcze.

W Jarosławiu, Przemyślu, Chyrowie, Sanoku i innych punktach węzłowych ma się zorganizować stacje obserwacyjne, połączone z odwszawialniami. Wydatki, z tem złączone, pokryje się z rubryki budżetu na cele przeciwepidemiczne. Wszelkie wydatki na państwową administrację sanitarną obciążać będą od 1 kwietnia 1919 r. Skarb Państwa.

Budżet sanitarny uwzględni także wydatki na personel i zakłady w częściach Galicji, zajętych obecnie przez okupację ukraińską.

Dopóki personel sanitarny Namiestnictwa i Wydziału Krajowego nie osiędzie w Krakowie i nie obejmie urzędowania, pozostaje w urzędowaniu w Okręgowym Urzędzie Lekarskim dotychczasowy personel b. Wydziału Zdrowia Polskiej Komisji Likwidacyjnej i b. Komisji Rządzącej, który w miarę potrzeby może być uzupełniony.

Okręgowy Urząd Zdrowia zajmie się ustaleniem prowizorycznej taryfy aptekarskiej ze szczególnem uwzględnieniem potrzeb ubogiej ludności.

Przy wydawaniu zarządzeń sanitarnych natury ogólno-administracyjnej miejscowe władze sanitarne będą zasięgały opinji od nośnych władz administracyjnych. Przy mianowaniu na urzędy służby zdrowia Ministerstwo Zdrowia Publicznego zasięgać będzie opinji Delegata Generalnego. Przy udzielaniu koncesyj Ministerstwo Zdrowia Publicznego również zasięga opinji Delegata Generalnego.

* * *

Po konferencji, odbytej w Krakowie z Generalnym Delegatem Rządu w dniu 16 marca 1919 r. wystosował do niego Minister Dr. J a n i s z e w s k i następujące pismo:

Do Pana Generalnego Delegata Rządu dla Galicji w Krakowie.

Na podstawie uchwały Rady Ministrów z dnia 13 marca 1919 bezpośredni zarząd wszystkich spraw służby zdrowia publicznego na terytorjum b. zaboru austrjacko-węgierskiego przeszedł do kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dniem 15 marca 1919 roku.

Obejmując zarząd spraw powyższych, zawiadamiam Pana Delegata Generalnego, że w myśl pomienionej uchwały Rady Ministrów wszystkie ustawy i rozporządzenia, w b. zaborze austrjacko-węgierskim obowiązujące, pozostają w swej mocy do czasu odwołania oraz, że wszyscy urzędnicy państwowi służby Zdrowia publicznego jak również lekarze okręgowi z dniem 1 kwietnia 1919 r. przejdą na etat Państwa Polskiego z zachowaniem przysługujących im obecnie poborów i praw.

Departamenty sanitarne Namiestnictwa i Wydziału Krajowego zostaną zwinięte a personel tych Departamentów będzie przydzielony do tworzącego się Lwowskiego Okręgowego Urzędu Lekarskiego, który obejmie wszystkie sprawy i agendy departamentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału Krajowego.

Dla ułatwienia stosunków z Ministerstwem ze względu na warunki, w jakich się Lwów znajduje obecnie, tymczasową siedzibą Lwowskiego Okręgowego Urzędu Lekarskiego będzie miasto Kraków.

Wobec powyższego proszę o wydzielenie ze składu biur Namiestnictwa i Wydziału Krajowego departamentów sanitarnych i zarządzenie niezwłocznego przysłania do Krakowa odnośnych aktów i personelu. Zwłaszcza niezbędnem jest przysłanie do Krakowa aktów i wykazów, tyczących się przedłożeń budżetowych, a przedewszystkiem wykazów imiennych urzędników, którzy przejdą na etat Państwa z wyszczególnieniem wszelkich kategoryj poborów, gdyż termin wyjednania kredytów na ten cel jest niezmiernie krótki.

Po przeprowadzeniu do Krakowa agend departamentów sanitarnych Namiestnictwa i Wydziału Krajowego pozostanie we Lwowie Ekspozytura Okręgowego Urzędu Lekarskiego pod przewodnictwem p. Dr. L a c h o w i c z a, który obejmie na terenie miasta Lwowa i powiatów, objętych działaniami wojennemi, wszystkie dawne agendy departamentu sanitarnego Namiestnictwa i sprawy, tyczące się lekarzy okręgowych, kierownictwo zaś spraw szpitalnych na terenie powyższym pozostanie nadal przy p. Dr. B e r n a d z i k o w s k i m.

Z chwila, gdy warunki ogólne ułożą się odpowiednio, Lwowski Okręgowy Urząd Lekarski będzie z Krakowa przeniesiony do Lwowa.

Minister:

Janiszewski, w. r.

Generalny Delegat Rządu dla Galicji.

Równocześnie z zarządzeniami Ministerstwa co do organizacji Okręgowego Urzędu Lekarskiego zniósł Generalny Delegat Rządu dla Galicji Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Komisji Rządzą-

cej a to okólnikiem „do wszystkich Wydziałów dotychczasowej Komisji Rządzącej we Lwowie i Krakowie, oraz do Oddziałów krakowskich tych Wydziałów, które dotąd urzędowały we Lwowie".

Okólnik ten z dnia 18 marca 1919 r. L. 1403/19 przytoczę w ustępach, mających związek z administracją sanitarną:

„Dekretem Naczelnika Państwa z dnia 12 marca b. r. zamianowany zostałem Generalnym Delegatem Rządu dla Galicji.

„Zakres mego działania określa artykuł II. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 marca 1919 r., według którego przysługują mi w zakresie administracji politycznej te same uprawnienia, które przysługiwały dawniej namiestnikowi Galicji. Ponadto przysługuje mi ogólne kierownictwo i kontrola nieprzejętych dotąd przez Rząd Centralny tych działów administracji, dla których właściwe Ministerstwa ustanowią w porozumieniu ze mną swoich Delegatów.

„Do tych działów administracji należą: rolnictwo, aprowizacja, roboty publiczne, przemysł i handel, kultura i sztuka.

„Objąwszy urzędowanie wydaję w celu wprowadzenia w czyn powyżej cytowanych postanowień reskryptu Rady Ministrów następujące zarządzenia:

„Ponieważ w myśl artykułu 6 powołanego na wstępie rozporządzenia Rady Ministrów w chwili objęcia przeze mnie urzędowania Komisja Rządząca przestaje istnieć, przeto temsamem znoszę z dniem dzisiejszym wszystkie jej Wydziały i zarządzam co następuje:

. . . .

„Agendy Wydziału Zdrowia we Lwowie wraz z Oddziałem krakowskim obejmuje w imieniu Ministerstwa Zdrowia Dr. Szczepan Mikołajski w Krakowie".

* * *

Wprowadzenie w życie postanowień Ministra Zdrowia Publicznego co do przejęcia agend sanitarnych w Małopolsce napotkało na wielkie trudności.

Generalny Delegat Rządu wyraził zdanie, że naruszają one ustawy i że jedynie w drodze ustawodawczej mogłyby być wprowadzone. Z tego też powodu Generalny Delegat Rządu nie intymował wspomnianych rozporządzeń Ministra Zdrowia Publicznego Namiestnictwu, które w dalszym ciągu załatwiało sprawy sanitarne tak, jak przed wojną, nie uwzględniając nawet i austrjackiego rozporządzenia ministerjalnego o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i wynikłych z tego zmian w zakresie kompetencji administracji politycznej.

Inspektorowie sanitarni Dr. Krzyżanowski i Dr. Kuhn nie udali się bezwłocznie do Okręgowego Urzędu Lekarskiego w Krakowie, lecz wysłali do Ministra Zdrowia Publicznego przedstawienia i wkrótce otrzymali nominację na Dyrektorów Okręgowych Urzędów Lekarskich, pierwszy z nich w Warszawie, drugi w Kielcach*). Jedynie inspektorowie sanitarni Dr. Fuchs i Dr. Teodorowicz, którzy przed bombardowaniem miasta Lwowa, do Krakowa się schronili, zgłosili się do służby w Okręgowym Urzędzie Lekarskim. Krajowy Referent sanitarny Dr. Lachowicz urzędował nadal po dawnemu w Namiestnictwie.

Wydział Krajowy wręcz odmówił oddania agend Departamentu sanitarnego i dopiero po długich pertraktacjach z Rządem Centralnym oddał szpitalnictwo rządowi, jednak pod odmiennemi warunkami. Zresztą po paroletnich próbach zwróciło Ministerstwo Zdrowia Publicznego szpitalnictwo Tymczasowemu Wydziałowi Samorządowemu. Upaństwowienia doczekały się tylko szpitale powszechne w Krakowie i we Lwowie i zakłady dla umysłowo chorych w Kobierzynie i w Kulparkowie. Lekarze okręgowi nie przeszli na etat państwowy, jednak niektóre Urzędy podatkowe zamknęły im płace, oczekując asygnat na etat państwowy.

Starostwa i lekarze powiatowi otrzymywali równocześnie okólniki w tych samych sprawach z Okręgowego Urzędu Lekarskiego i z Namiestnictwa.

Taki chaos trwał aż do czerwca 1919 r. Wtedy równocześnie z przeniesieniem Okręgowego Urzędu Lekarskiego do Lwowa rozporządzenie Generalnego Delegata Rządu z dnia 10 czerwca 1919 r. L. 2537/pr. ustaliło nowy porządek.

Przeniesienie Okręgowego Urzędu Zdrowia do Lwowa. Ekspozytura O. U. Z. w Krakowie.

Gdy tylko w maju 1919 r. wojska polskie oswobodziły Lwów z oblężenia, odniósł się Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia telegraficznie o zezwolenie na przeniesienie Urzędu do Lwowa, skasowanie dotychczasowej Ekspozytury we Lwowie i utworzenia Ekspozytury w Krakowie. Zezwolenie nadeszło pod datą 30 maja 1919 r., poczem Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia ogłosił w pismach następujące rozporządzenie z dnia 2 czerwca 1919 r. L. 3683.

Rozporządzenie. Z polecenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 30 maja b. r. zarządzam co następuje:

1) Z dniem 10 czerwca b. r. znosi się Ekspozyturę Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie.

2) Z dniem tymże Okręgowy Urząd Zdrowia dla byłego zaboru austrjackiego przenosi swą siedzibę do Lwowa (gmach Namiestnictwa), i obejmuje bezpośrednio wszelkie agendy sanitarne, dotychczas w Departamentach VII a i VII b Namiestnictwa załatwiane.

3) Równocześnie ustanawia się w Krakowie (gmach Starostwa) Ekspozyturę Okręgowego Urzędu Zdrowia, która rozciąga się na miasto Kraków i 30 następujących powiatów: Kraków, Biała, Żywiec, Oświęcim, Chrzanów, Wadowice, Podgórze, Myślenice, Wieliczka, Limanowa, Nowy Targ, Bochnia, Brzesko, Nowy Sącz, Grybów, Tarnów, Dąbrowa, Mielec, Pilzno, Gorlice, Jasło, Ropczyce, Kolbuszowa, Tarnobrzeg, Nisko, Przeworsk, Rzeszów, Łańcut, Strzyżów, Krosno.

Kierownictwo Ekspozytury obejmie Inspektor sanitarny Dr Walerjan Momidłowski.

Ekspozytura spełniać będzie w swym zakresie terytorjalnym stałą inspekcję lekarzy powiatowych, załatwiać będzie sprawy epidemij i inne sprawy, nie cierpiące zwłoki, poruczone jej przez Dyrektora Okręgowego Urzędu Zdrowia, według jego wskazówek i pod jego nadzorem.

4) Wszelkie pisma urzędowe i podania stron prywatnych do Okręgowego Urzędu Zdrowia należy w powiatach wymienionych wnosić za pośrednictwem Ekspozytury, która załatwiać je będzie samodzielnie w myśl otrzymanych od Dyrektora Okręgowego Urzędu Zdrowia ogólnych lub szczególnych zleceń, lub prześle je ze swą opinją do Okręgowego Urzędu Zdrowia we Lwowie.

5) Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia przyjeżdżać będzie do Krakowa w pewnych okresach czasu w celu ułatwienia stronom bezpośredniego z nim zetknięcia i przyspieszenia toku załatwień.

Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia
Dr. Szczepan Mikołajski.

Zakres kompetencji nowej Ekspozytury określa bliżej reskrypt Dyrektora O. U. Z. z tej samej daty i do tej samej liczby następującej osnowy:

Do Pana Dr. Walerjana Momidłowskiego, Inspektora sanitarnego w Krakowie.

W wykonaniu telegraficznego polecenia P. Ministra Zdrowia z dnia 30 maja b. r. przenosi się z dniem 10 b. m. Okręgowy Urząd Zdrowia do Lwowa a w Krakowie pozostaje Ekspozytura Okręgowego Urzędu Zdrowia, której kierownictwo Pan obejmuje.

Ekspozytura rozciągać się ma na miasto Kraków i 30 powiatów następujących: (tu wyliczono powiaty, jak wyżej).

Ekspozytura spełniać będzie w tym zakresie terytorjalnym stałą inspekcję lekarzy powiatowych, załatwiać będzie sprawy epidemij i inne sprawy, nie cierpiące zwłoki a poruczone jej przez Dyrektora Okręgowego Urzędu Zdrowia, według jego wskazówek i pod jego nadzorem.

Wykazy tygodniowe chorób zakaźnych będzie Ekspozytura załatwiała dla swego okręgu i przesyłała bezpośrednio Ministerstwu, a równocześnie w odpisie do Okręgowego Urzędu Zdrowia.

Delegowanie lekarzy epidemicznych, przeniesienia rezerwowych sił lekarskich, udzielanie zasiłków na koszty epidemij i zaliczek dla lekarzy na podróże epidemiczne, jakoteż na szczepienie będą należały do Ekspozytury w jej okręgu, o zarządzeniach tych, jednak ma donosić do Okręgowego Urzędu Zdrowia.

Na te cele pozostawiony będzie do dyspozycji Pana Kierownika pewien ryczałt, po którego wyczerpaniu zechce Pan przedłożyć wnioski co do dalszego zapotrzebowania finansowego.

Pisma urzędowe i podania stron poza wspomnianym wyżej zakresem agend, wpływające do okręgowego Urzędu Zdrowia za pośrednictwem Ekspozytury, będzie Pan Kierownik przesyłał do O. U. Z. wraz ze swą opinją i wnioskami.

Niektóre z tych spraw, o ile okaże się celowem, poruczę Panu do załatwiania samodzielnego dla przyspieszenia i uproszczenia toku czynności.

Inne załatwiać będziemy bądź w drodze telegraficznego porozumienia, bądź też na wspólnych konferencjach, które w pewnych okresach czasu będę z Panem Kierownikiem w Krakowie odbywał.

Aż do przeprowadzenia rekonstrukcji Okręgowej Rady Zdrowia czynne być mają wszystkie dotąd zorganizowane w jej łonie Sekcje i Komisje i w mej nieobecności poruczam Panu zastępowanie mnie w tych ciałach doradczych i powiadamianie mię o wynikach narad.

Do pomocy w urzędowaniu przydzielam Panu lekarza powiatowego Dr. Adama Grudzewskiego i oczekuję wniosków Pana co

*) Obaj ci inspektorowie sanitarni nie wnosili żadnego przedstawienia, a mianowanie ich na dyrektorów okręgowych nastąpiło na skutek telegraficznego wezwania ich przez Ministra Janiszewskiego. *(Przyp. red.).*

do wyznaczenia dla Ekspozytury jednego manipulanta, jednej maszynistki lub maszynisty i jednego woźnego.

Gdyby zaszła potrzeba powiększenia tego personalu, wnioski Pana w tym względzie przedstawię Ministerstwu do decyzji, tymczasem jednak może Pan wyznaczyć jeszcze pomocnika do zastępstwa w obowiązkach lekarza powiatowego, aby uzyskać dostateczną swobodę do spełniania czynności Kierownika Ekspozytury.

Poza sprawozdaniami epidemicznemi zwracać się Pan będzie do Ministerstwa za pośrednictwem Okręgowego Urzędu Zdrowia, w sprawach jednak, które zleci Panu bezpośrednio Ministerstwo, postępować Pan będzie samodzielnie, uwiadamiając mię tylko natychmiast w dosłownym odpisie o każdem takiem zarządzeniu lub poleceniu Ministerstwa i o jego wykonaniu.

Ekspozytura zajmować będzie nadal dotychczasowy lokal Okręgowego Urzędu Zdrowia wraz ze sprzętami i urządzeniami, których przewiezienie do Lwowa okaże się zbytecznem.

Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia:
Dr. Szczepan Mikołajski w. r.

Parę dni zajęło przeniesienie personalu i aktów z Krakowa do Lwowa i zajęcie w gmachu Namiestnictwa 9 ubikacyj.

W dniu 8 czerwca 1919 r. Urząd rozpoczął czynności w nowej siedzibie.

W Gazecie Lwowskiej z dnia 13 czerwca 1919 r. Nr. 135 zamieszczono w części urzędowej rozporządzenie Generalnego Delegata Rządu, które wreszcie ustalało kompetencję Okręgowego Urzędu Zdrowia i jego stosunek do Namiestnictwa.

Ważne to rozporządzenie opiewa:

ROZPORZĄDZENIE

Generalnego Delegata Rządu dla Galicji z dnia 10 czerwca 1919 r. L. 2537/pr. w przedmiocie tymczasowego uregulowania państwowej służby zdrowia w b. zaborze austrjackim.

W porozumieniu z P. Ministrem Zdrowia Publicznego i P. Dyrektorem Okręgowego Urzędu Zdrowia zarządzam do czasu ustawowej reorganizacji państwowej służby zdrowia w byłym zaborze austrjackim co następuje:

§ 1. Unormowany ustawą z dnia 30 kwietnia 1870. Dz. p. p. Nr. 68 stosunek lekarzy powiatowych do Starostw pozostaje bez zmiany. W interesie jednak niezwłocznego i sprawnego wykonywania poruczonych im agend mają państwowi lekarze powiatowi w fachowych sprawach lokalnego znaczenia, o ile już z mocy ustaw nie są do tego upoważnieni, działać samoistnie, a tylko przed wydaniem zarządzeń lub załatwieniem spraw, dotyczących ogółu, zasięgać zgody starostwa.

§ 2. Agendy w dziale spraw sanitarnych, które dotąd na zasadzie ustaw i rozporządzeń, obowiązujących w b. zaborze austrjackim, należały do zakresu działania Namiestnictwa, przechodzą pod względem fachowym, administracji i rachunkowości na utworzony rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 18 marca 1919 r. S. IV. 1638/7732 Okręgowy Urząd Zdrowia we Lwowie. W sprawach ogólno-administracyjnych obowiązany jest ten Urząd zasięgnąć zgody Generalnego Delegata Rządu dla Galicji.

§ 3. Niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia w części urzędowej Gazety Lwowskiej.

Generalny Delegat Rządu dla Galicji: *Gałecki w. r.*

Rozporządzenie to rozszerza i bliżej wyjaśnia zarządzenie prezydjalne z dnia 7 sierpnia 1919 r. L. 9994/pr. Lwów dnia 7 sierpnia 1919. *Zarządzenie prezydjalne.*

Wyłączam z zakresu Departamentów Namiestnictwa VII a, względnie XV a załatwianie spraw sanitarno-karnych, udzielanie koncesyj na apteki, na przemysł dentystyczno-techniczny i na drogerje i poruczam załatwianie tych spraw w imieniu Namiestnictwa Okręgowemu Urzędowi Zdrowia.

Pan Dyrektor Okręgowego Urzędu Zdrowia będzie załatwienia, dotyczące powyższych spraw, aprobował w mojem zastępstwie.

Zarządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem dzisiejszym.

Generalny Delegat Rządu dla Galicji: *Gałecki w. r.*

Tak pośród gruzów dawnego porządku prawnego stanął wreszcie fundament jakiegoś ładu w administracji sanitarnej.

W dwa lata później Małopolskę podzielono na 4 Województwa: krakowskie, lwowskie, tarnopolskie i stanisławowskie, w których utworzono Wydziały Zdrowia Publicznego w miejsce dotychczasowego Okręgowego Urzędy Zdrowia we Lwowie.

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Aleksander ROSNER Kraków.

Otyłość a czynność narządów płciowych kobiecych.

Wykład, wygłoszony na Zjeździe ginekologów polskich w Poznaniu dnia 27 maja 1928 i w Tow. lek. Krak. dnia 13 czerwca 1928.

Praca ta jest dalszym ciągiem studjów nad wpływem otyłości na płodność. Pierwszą część poświęciłem uwagom nad antagonizmem między życiem płciowem a wegetatywnem tak u roślin i jednokomórkowych zwierząt, jak u ryb i zwierząt domowych. O człowieku mówiłem również pobieżnie, gdyż zależało mi tylko na stwierdzeniu, że i on nie stanowi wyjątku i podlega temu samemu wielkiemu prawu, które rządzi całą żywą przyrodą. Nie przytaczałem jednak w tym wykładzie żadnych liczb, nie dostarczyłem przeto żadnych przekonywujących dowodów.

Co prawda, dzisiejsza publikacja jest tylko w druku dalszym ciągiem pierwszej, w istocie tj. w rozwoju badań była ona wstępem, gdyż jako lekarz pierwej spostrzegałem związek między otyłością a czynnościami płciowemi kobiety, zanim zacząłem zastanawiać się nad tymże samym związkiem w świecie roślin i zwierząt.

Wyniki tych moich czysto lekarskich spostrzeżeń pragnąłem podać w niniejszej pracy.

Materjał, na którym opnę moje wywody pochodzi z ordynacji prywatnej, co zresztą jest rzeczą naturalną wobec faktu, że kobiet, składających się na tego rodzaju materjał nie przyjmuje się do kliniki. Cierpi na tem oczywiście dokładność spostrzeżeń i badań pracownianych, czemu przeciwstawić muszę tę korzyść, że wszystkie chore badane są przez autora pracy, a nie przez szereg mniej lub więcej doświadczonych młodych sił. Zyskuje na tem jednolitość i zwartość spostrzeżeń.

Mam zwyczaj pisać w skróceniu historje chorób wszystkich zgłaszających się do mnie pacjentek prywatnych, a że problem, będący przedmiotem tej pracy, zajmuje mnie już od długiego szeregu lat, przeto nagromadziło się dużo spostrzeżeń, dających się zużytkować. Z mojego kartkowego katalogu wyjąłem przeszło 2000 historyj chorób, w których zanotowano w rozpoznaniu otyłość. Znaczną większość tych historyj musiałem jednak odrzucić, a mianowicie te, w których obok otyłości stwierdzić mogłem takie anatomiczne zmiany w narządach płciowych, które same przez się mogły wywrzeć niekorzystny wpływ na czynności tych narządów, a w pierwszym rzędzie płodność. Odpadły też oczywiście i spostrzeżenia tyczące się kobiet w okresie przejściowym lub starczym. Wybrałem historje chorób wyłącznie tych młodych kobiet otyłych, które zgłosiły się do mnie z objawami niedomogi czynności płciowych w zakresie miesiączkowania lub płodności, a u których nie mogłem stwierdzić żadnych chorobowych zmian, usprawiedliwiających ową niedomogę. Nie potrzebuję chyba dodawać, że o ile chodziło o płodność, poddawałem zawsze badaniu męża chorej, a w pierwszym rzędzie jego nasienie. O tak popularnem dzisiaj zapobieganiu ciąży nie było oczywiście w moich przypadkach mowy, gdyż kobiety, stanowiące mój materjał, przychodziły do mnie z prośbą o wyleczenie ich z niepłodności i gorąco pragnęły być matkami.

Przypadków, dających się zużytkować zebrałem 471, a więc liczbę bądź co bądź pokaźną. Z tych 471 kobiet było poniżej lat 20 zaledwie 10, między 20 a 25 rokiem życia 111, między 26 a 30 — 186, między 31 a 35 — 113, między 36 a 40 tylko 46 przypadków, powyżej zaś 40 lat zaledwie 5. Jak z tego zestawienia widać, chodziło tu o kobiety w pełni życia płciowego, a więc o takie, które miały prawo do normalnego miesiączkowania i do płodności.

Niezamężnych było 7; radziły się one, oczywiście, z powodu braku perjodu lub innych objawów niedomogi tej czynności. Zamężnych było 464 kobiet.

Podzielić je można na dwie grupy. Jedne nie były wogóle nigdy w ciąży. Jest ich 320, stanowią więc znaczną większość. Inne (w liczbie 144) przechodziły kiedyś ciążę zakończona porodem lub poronieniem, potem jednak były już niepłodne, mimo, że przebyty okres płodzenia nie pozostawił żadnych zmian, tłumaczących tę niepłodność. W grupie tych 144 kobiet było 49 takich, które tylko rodziły, ale nie roniły, 74 takich, które przeciwnie tylko roniły, a nigdy nie rodziły na czasie, wreszcie 21 takich, które miały za sobą i poród i poronienie. Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczyć muszę, że używając określenia „poronienie" mam na myśli przedwczesne przerwanie ciąży, a więc zarówno poronienie *sensu stricto*, jak i poród niewczesny i przedwczesny.

Te niewiasty, które rodziły, a było ich 70 (49 + 21), przebyły przeważnie jeden tylko poród (50 kobiet). Dwa porody miało za sobą 15 kobiet, trzy porody dwie kobiety, cztery dwie, a pięć porodów jedna. Razem więc te 70 kobiet urodziło 99 dzieci, w przecięciu więc wypada 1.4 porodu na jedną. Ta przeciętna jest więc bardzo niska.

Poronienia w znaczeniu powyżej określonem były częstsze od porodów dzieci donoszonych. Na 95 kobiet tej grupy (74+21) było poronień 153 (czyli w przecięciu 1.6 na jedną roniącą), w tem tylko 22 poza czwartym miesiącem kalendarzowem ciąży. Dodać muszę, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach chodziło o poronienie spontaniczne, a nie sztucznie wywołane. Kilka kobiet wspominało wprawdzie o sztucznem przerwaniu ciąży, przypadków tych jednak nie wciągnąłem w zestawienie, dzięki czemu mam prawo stwierdzić, że *przedwczesne przerwanie ciąży jest u niewiast otyłych uderzająco częste.*

Interesującą jest sprawa konstytucji tych kobiet otyłych, zasięgających porady lekarskiej z powodu niepłodności lub niedomogi w miesiączkowaniu.

Ponieważ i problem konstytucji zajmuje mnie od szeregu lat, przeto w zapiskach moich znalazłem dużo uwag na ten właśnie temat, choć nie wątpię, że w wielu historjach chorób, zwłaszcza tych, które pochodzą z przed lat dwudziestu i kilku nie zapisałem spostrzeżeń co do konstytucji. Niemniej z zestawień okazało się, że zboczenia konstytucyjne należą u tych kobiet otyłych do zjawisk częstych. Największą rolę zdaje się tu odgrywać *typ międzypłciowy (typus intersexualis)* cechujący się w pierwszym rzędzie mniej lub więcej męskiem owłosieniem, rzadziej męskiem rozłożeniem tłuszczu, męską budową kośćca lub męskiem umięśnieniem. Cechy, którą najsilniej podkreśla Mathes w swoje znakomitej monografji o interseksualiźmie kobiecym t. j. psychiki, nie mogłem dostatecznie dokładnie badać w godzinie ordynacyjnej.

Kobiet wyraźnie interseksualnych było w moim materjale 117, czyli 24.8%. Jest to ogromna liczba odsetkowa; ta wybitna częstość międzypłciowości u kobiet, które stanowią przedmiot moich badań, musi zadziwić, jeśli się uwzględni fakt, że to zboczenie konstytucji nie należy do codziennych. Z dalszych wywodów okaże się, że ta grupa niewiast międzypłciowych odcina się od innych, okazując w zakresie objawów niedomogi narządów płciowych jakgdyby specjalne swoje cechy.

Znacznie rzadziej od interseksualizmu widywałem inne cechy upośledzonej konstytucji narządów płciowych, jak n. p. *dziecięcość ogólna lub częściowa (infantilismus universalis aut partialis).* Śledziłem pilnie znamiona tej konstytucji, a jeśli zanotować mogłem nieliczne tylko przypadki, tu należące, to zapewne dlatego, że do tych znamion nie zaliczałem wąskości sklepień pochwowych, objawu spotykanego zadziwiająco często u kobiet niepłodnych i otyłych. To wykluczenie wąskości sklepień z grupy znamion infantilismu narządów płciowych uznałem za konieczne z chwilą, kiedy przekonałem się, że może ono być zjawiskiem przejściowem i po odpowiedniem leczeniu zniknąć. A przecież wiadomo, że znamiona konstytucji w ścisłem tego słowa znaczeniu są niezmienne, jako, że wrodzona konstytucja jest, jak mówi Tandler, przeznaczeniem osobnika, na które żaden czynnik zewnętrzny niema wpływu.

Na osobne uwzględnienie zasługuje niewielka grupa kobiet, które tem od innych się różnią, że rozwinęły się płciowo bardzo wcześnie i że były już otyłe w dzieciństwie i w okresie rozwoju. Takie dzieci otyłe i nad wiek duże spotykamy nieraz na ulicy; robią one przykre wrażenie. Zdaje mi się, że tego typu konstytucyjnego ludzkiego niewyróżniono dotąd, choć wszystko zdaje się zatem przemawiać, że mamy tu do czynienia z odrębnem zboczeniem konstytucjonalnem. Świadczy o tem fakt, że, jak z wywiadów tych osób wynika, cecha ta t. j. otyłość w dzieciństwie i przedwczesny rozwój, są dziedziczne. Osobniki, o których mówię, zdają się przypominać te typy zwierząt domowych, które Adametz nazywa rasą tuczną przedwcześnie rozwiniętą, przyczem wyraz „rasa" użyty jest w znaczeniu właściwem nauce o hodowli zwierząt użytkowych. Jeśli dalsze badania wykażą, że istnieje tu analogja między tą grupą konstytucjonalną ludzką a ową „rasą" hodowców, to to zboczenie u ludzi nazwaćby należało *konstytucją tuczną o wczesnym rozwoju.* Na dnie jej leży bezwątpienia zaburzenie wewnętrzno - wydzielnicze wielogruczołowe, w którem przysadka mózgowa zdaje się odgrywać najważniejszą rolę. Należałoby przypuszczać, że zaburzenie czynności jest tu jakościowo inne w przednim i tylnym płacie przysadki, rzecz ta wymagałaby jednak dokładnych badań, których nie miałem możności wykonać.

Osobników, stanowiących tę grupę, naliczyłem w moim materjale 21. Z tych 21 kobiet dwie rozwinęły się płciowo tj. zaczęły miesiączkować w 10 r. życia, 7 w 11-ym, a 12 w 12-tym roku życia. Z pośród tych kobiet cztery okazywało nadto międzypłciowość cechującą się owłosieniem o typie męskim.

Innych zboczeń konstytucjonalnych poza wyżej wymienionemi nie zanotowałem w moich historjach chorób. Oczywiście nie było w tym materjale kobiet ze *Stiller'owskim habitus ptoticus* czy *asthenicus,* co się samo przez się rozumie, gdyż te typy nie zwykły przedstawiać otyłości.

Większość moich otyłych pacjentek robiła wrażenie osób o normalnej konstytucji. To określenie trzeba jednak brać *cum grano salis,* gdyż wszelka wybitna otyłość wzbudza wątpliwości co do tego, czy przemiana materji jest u danego osobnika konstytucjonalnie normalną a co zatem idzie, czy czynność gruczołów dokrewnych jest genotypicznie prawidłową. Ale to są kwestje, których omawianie przekraczałoby ramy niniejszego wykładu.

II.

Powszechnie znanym jest fakt, że otyłość i niepłodność, względnie niedomoga czynnościowa narządów płciowych kobiecych istnieją często obok siebie. Mniej jasnym jest wzajemny stosunek tych stanów. Logika wskazuje, że trzy zachodzą tu możliwości. Albo zjawiska te są współrzędne a zawisłe są oba od jednej wspólnej przyczyny, albo jedno z nich jest przyczyną a drugie następstwem, przyczem rolę czynnika dominującego odgrywa niedorozwój lub niedomoga jajnika a otyłość jest ich skutkiem lub też rzecz ma się odwrotnie. Wszystkie te trzy ewentualności są możliwe. Przykładem pierwszej jest równoczesna otyłość i niedomoga w zakresie narządów płciowych w związku z cierpieniem przysadki mózgowej lub tarczycy, rzecz stwierdzona ponad wątpliwość zarówno u ludzi, jak i zwierząt domowych. I drugiej ewentualności niemożna podawać w wątpliwość, gdyż stwierdza ją zarówno obserwacja kliniczna jak i doświadczenie na zwierzęciu. Mam tu na myśli wpływ ustania czynności płciowych u kobiet w latach przejściowych lub znany powszechnie wpływ wytrzebienia na przemianę materji.

Czy zachodzi jednak ewentualność trzecia tj. czy otyłość t. zw. bilansowa, względnie tycie wynikłe z tuczenia, może wywrzeć niekorzystny wpływ na czynności narządów płciowych kobiecych a przeto i na płodność? Rozstrzygnięcie tego pytania ma nietylko znaczenie teoretyczne, ale i niemałą wagę praktyczną. Da się ono osiągnąć w dwojaki sposób, a mianowicie z pomocą doświadczeń, prowadzonych w dwóch kierunkach. Należałoby naprzód badać wpływ tuczenia na czynności płciowe. Rzecz jasna, że takich doświadczalnych badań nie można przeprowadzać u kobiet. Znam tylko jeden przypadek, w którym lekarz u kobiety 24-letniej miesiączkującej prawidłowo zalecił leczenie tuczne z powodu zmian gruźliczych w płucach. Chora przekroczyła przytem zamierzone przez lekarza granice i zyskała 19 kg wagi, przyczem wypływ perjodowy zrazu się zmniejszył, a potem ustał zupełnie przy doskonałym zresztą stanie zdrowia. Więcej doświadczenia na tem polu mają hodowcy zwierząt a Adametz w kilku rozdziałach znakomitej swojej książki wykazuje, że tuczenie zwierząt zwłaszcza młodych może doprowadzić do zaniku płodności. Rozwodziłem się nad tym tematem dokładniej w pierwszej mojej publikacji.

Doświadczenie w odwrotnym kierunku przeprowadza się natomiast często u kobiet otyłych, dążąc do usunięcia względnie zmniejszenia otyłości. Doświadczenie jest oczywiście wtedy tylko czyste, jeśli leczenie skierowane przeciw otyłości przeprowadza się wyłącznie dietetycznie bez użycia preparatów z gruczołów wewnętrzno - wydzielniczych. Jeśli przy tem czysto bilansowem leczeniu osiąga się wyraźne zmniejszenie wagi ciała przez utratę tłuszczu i jeśli równocześnie czynności płciowe, okazujące przedtem niedomogę, wracają do równowagi, wówczas można stwierdzić, że między ową niedomogą a otyłością istniał związek przyczynowy i że obciążenie organizmu tłuszczem, względnie nastawienie przemiany materji w kierunku anabolizmu odgrywało rolę czynnika, upośledzającego energię czynności płciowych. Wyraźnie zaznaczam, że nie należy mieszać ze sobą tych dwóch pojęć: otyłość i tycie. Ze spostrzeżeń moich wynika, że tycie nawet przy niezbyt jeszcze wysokiej wadze ciała wpływa gorzej na czynności płciowe, niż osiągnięta już otyłość zwłaszcza, jeśli ta wysoka waga ciała okazuje choćby nieznaczną skłonność do zmniejszania się.

Dla osądzenia wyniku doświadczalnego konieczny jest wskaźnik. Jeśli, jak w naszym przypadku, chodzi o ocenę energji czynności narządów płciowych, wskaźnikiem tym i to niezmiernie czułym jest menstruacja, która, będąc widomym znakiem czynności owulacyjnych jajnika pozwala nam najdokładniej wejrzeć w procesy, niedające się stwierdzić naszemi metodami badania tj. w dojrzewanie pęcherzyków Graafa, w ich pękanie, w tworzenie się, wzrost i zanik ciałek żółtych. Ten wskaźnik jest praktycznie tem cenniejszy, że kobiety zamężne zwracają zwykle baczną uwagę nietylko na termin menstruacji, ale i na jej długość trwania i obfitość, dzięki czemu korzystać można z wywiadów.

W moich historjach chorób notowałem dokładnie wszystko, co tyczyło się menstruacji. Z tych zapisków skorzystać teraz mogę, ażeby odpowiedzieć na dwa pytania: naprzód jakim zmianom uległo miesiączkowanie podczas tycia, a powtóre jak się zachowywało w czasie szczuplenia, uzyskanego przez bilansowe leczenie.

Z zestawień moich wynika, że wśród tycia perjod albo nie ulegał wyraźnym zmianom i odchyleniom od normy, albo stawał się coraz skąpszym, albo wreszcie nie zmieniając obfitości zaczął się stawać coraz rzadszym. Ani jedna z tyjących pacjentek nie wspominała o powiększaniu się obfitości lub o przyspieszaniu się perjodów wśród tycia.

W kierunku zmniejszania się obfitości wypływu menstruacyjnego *(oligomenorrhoea)* zmienił się perjod w 77 przypadkach, przyczem w 8 przypadkach to zmniejszanie się doszło do tego stopnia, że perjod znikł zupełnie i to albo na czas pewien *(amenorrhoea)* albo na stałe *(climax praecox)*.

W kierunku zmniejszania się częstości miesiączek *(opsomenorrhoea)* zmienił sią perjod w 61 przypadkach, przyczem w 5 doszło do zupełnego zniknięcia tej czynności na całe lata.

W dwóch innych przypadkach zupełny zanik perjodu wystąpił po okresie równoczesnego zmniejszania się i obfitości i częstości menstruacyj.

Zadawałem sobie pytanie, czy czynność menstruacyjna oddziaływa na tycie tak samo u kobiet międzypłciowych, jak u innych. Okazało się, że tak nie jest, że przeciwnie istnieją tu wyraźne różnice. Wynik ten jest szczególnie interesujący. Różnica polega na tem, że kobiety interseksualne okazują wśród tycia daleko wybitniejszą skłonność do opóźniania się perjodów, niż do zmniejszania się ich obfitości.Dowodzą tego liczby. Między 77 kobietami, u których wśród tycia menstruacja zaczęła się zmniejszać co do obfitości, było tylko 8 interseksualnych t. j. 10,8%, choć w ogólnej liczbie moich pacjentek było ich 24.8%, należało więc spodziewać się, że ich będzie nie 8 tylko 19. Przeciwnie w grupie drugiej, złożonej z 61 przypadków, w której reakcja wśród tycia polegała na opóźnianiu się perjodów, było kobiet międzypłciowych 21 t. j. 34,4%, choć, gdyby nie zachodziły różnice w sposobie oddziaływania, powinnoby ich być tylko 15. Liczby te nie są ścisłe, gdyż kobiet interseksualnych było w jednej i drugiej grupie razem tylko 29 a nie 34, jakby być powinno, gdyby stanowiły 24,8% tak, jak w całym materjale.

Różnica w sposobie reagowania kobiet międzypłciowych na tycie występuje też wyraźnie w innem zestawieniu. Ze 109 kobiet nie okazujących interseksualizmu oddziaływało na tycie 69 (63%) zmniejszeniem się obfitości perjodu, a 40 (37%) opóźnianiem się menstruacji. Natomiast u kobiet międzypłciowych, których było 29, tylko u 8 (27,6) perjod wśród tycia zmalał, a u 21 (72.4%) stał się rzadszym.

Jeżeli porównamy liczby 63% i 27,6% z jednej strony a 37% i 72,4% z drugiej — to uderza nas różnica tak wielka, że napewne nie jest ona przypadkową.

Więcej interesującym niż wpływ tycia na perjody i z punktu widzenia praktycznego ważniejszym jest działanie odwrotnego czynnika t. j. wpływ leczeniem wymuszonego, bilansowego szczuplenia na czynność menstruacyjną. Danych, opartych na spostrzeżeniach, mam tu oczywiście mniej, gdyż przeważna ilość pacjetek, osiągnąwszy zamierzony wynik leczenia, lub doznawszy zawodu nie zgłasza się już powtórnie na ordynację. Nieraz dowiadywałem się postronnie od innych chorych o tem, że niepłodna kobieta po zeszczupleniu zaszła w ciążę i urodziła. Jest zresztą rzeczą naturalną, że pacjentka uzyskawszy to, do czego dążyła, niema już żadnej potrzeby zasięgania porady lekarskiej.

Kontrolę wpływu leczniczego szczuplenia mogłem jednak przeprowadzić u 60 chorych; z tych u 26 perjod przed leczeniem skąpy, stał się po zeszczupleniu wybitnie obfitszym, a u 34 perjod spóźniający się zaczął się zjawiać regularnie co 4 tygodnie lub też przychodził z pewnem nieznacznem opóźnieniem, ale daleko mniejszem, niż przedtem.

I tu uderza dziwne rozmieszczenie kobiet międzypłciowych. W grupie tych kobiet, u których menstruacja pod wpływem szczuplenia stała się obfitszą, były tylko 3 kobiety interseksualne t. j. 11,5%, w drugiej grupie, która odznaczała się przyspieszeniem menstruacyj wśród szczuplenia było ich 11 na 34 t. j. 32,5%. W innem zestawieniu występuje ta różnica jeszcze jaskrawiej. Między owemi 60 kobietami, u których skontrolowano wpływ szczuplenia na perjody, było 46 kobiet, nie okazujących interseksualizmu, a 14 międzypłciowych. Otóż w pierwszej grupie u 23 (t. j. 50%) zauważono zwiększenie się obfitości perjodów a u drugich (50%) przyspieszenie się ich częstości. Inaczej u interseksualnych. Tylko u 3 (21,4%) perjody stały się obfitsze, a u 11 (78,6%) stały się częstsze. I znowu widzimy różnice tak wybitne, że choć liczby są małe, przecież wykluczyć możemy błąd przypadkowy.

Te spostrzeżenia co do wpływu tak tycia jak i szczuplenia na perjody u kobiet międzypłciowych były dla mnie niespodzianką, gdyż, o ile wiem, nikt podobnych zestawień nie robił. Skłoniły mnie one do zbadania jak wogóle zachowuje się miesiączkowanie u kobiet interseksualnych i otyłych. Było ich w moim materjale jak wiadomo 117. W historjach chorób trzech pacjentek nie znalazłem dokładnych notatek o perjodach, pozostało więc 114. Z tych u 25 perjod był mniej więcej prawidłowy tak co do częstości jak i co do obfitości i długości trwania. U pozostałych 89 zanotowano zaburzenia perjodowe, przyczem u 60 menstruacje okazywały opóźnienia i to przeważnie bardzo znaczne, u 22 miesiączki były regularne ale uderzająco skąpe i krótkie, u 4 były skąpe i opóźnione, a u 3 nie było ich od kilku lat wcale. Ponieważ jednak owa *amenorrhoea* poprzedzona była coraz rzadszemi, a nie coraz skąpszemi perjodami przeto zaliczoną być może do grupy opóźnień która w ten sposób liczyć będzie 63 przypadki. Jeśli wreszcie dla umożliwienia odsetkowego obliczenia rozdzielimy owe 4 chore ze skąpą i równocześnie spóźniającą się menstruacją po dwie na każdą grupę, to otrzymamy w grupie opóźnień *(opsomenorhoea)* 65 przypadków a w grupie skąpych perjodów *(oligomenorrhea)* tylko 24. W odsetkowem obliczeniu w grupie opóźnień 73%, w grupie skąpych miesiączek 27%. Wynik ten jest również niespodziewany. Wykazuje on wielką skłonność interseksualnych kobiet do zaburzeń w częstości menstruacyj, a więc i owulacyj i to w kierunku *opsomenorrhoea*. Teraz dopiero znając tę skłonność zrozumiemy dlaczego wśród tycia perjody stają się u tych kobiet jeszcze rzadsze, a wśród szczuplenia częściej przyspieszają się, niż zyskują na obfitości.

III.

Najważniejszą ze względów praktycznych sprawą jest stwierdzenie, jak tycie, względnie szczuplenie wpływa na płodność. Faktem jest, że ogromna większość pacjentek otyłych zgłasza się na ordynację nie dlatego że perjod ich jest za skąpy lub za rzadki, tylko w tym celu, żeby uzyskać względnie odzyskać płodność. Niema też wdzięczniejszych pacjentek, jak te, którym tę płodność przywrócono. Jest rzeczą naturalną i zrozumiałą że oba defekty t. j. zaburzenie perjodów *in minus* i niepłodność występuje często obok siebie i są ze sobą związane tak, jak pewnem jest, że leczenie, o ile jest skuteczne, usuwa oba braki.

Że tycie względnie otyłość pozbawić może płodności kobietę, która będąc szczupłą, rodziła lub roniła, to nie może ulegać wątpliwości. W moim materjale było takich chorych 144. Mówiłem o nich powyżej i zaznaczyłem wyraźnie, że poza otyłością i objawami niedomogi narządów płciowych nie można było u nich stwierdzić żadnych zmian chorobowych, któreby mogły tłumaczyć ich niepłodność. Zresztą fakt, że niektóre z tych niewiast odzyskały płodność po bilansowem zeszczupleniu, a bez śladu innego leczenia dowodzi, że związek ten istniał.

Z punktu widzenia praktycznego najważniejszym jest właśnie pytanie, u ilu kobiet zdołano przywrócić płodność leczeniem przeciw otyłości i to czysto dietetycznem. Było ich 60. Dla ścisłości muszę jednak liczbę tę znacznie zmniejszyć wykluczywszy te kobiety, u których stosowano nadto jakiekolwiek inne leczenie, mogące przyczynić się do usunięcia niepłodności. Było takich pacjentek 21. Jedna z nich przebyła dyscysję ujścia zewnętrznego, inne kąpały się w Krynicy, u innych leczono *kolpitis*.

Pewny jestem nieomal, że niesłusznie wykluczam owe 21 przypadków, gdyż nie leczenie kąpielowe lub inne doprowadziło u nich do rezultatu, tylko odtłuszczenie. I tak chora, u której wykonałem dyscysję zaszła w ciążę dopiero w dwa lata po tym zabiegu i to po znacznem zeszczupleniu. Leczenie kąpielowe i leczenie kataru pochwy poprzedziło też o parę lat zajście w ciążę, które nastąpiło wyraźnie w związku ze znaczną utratą wagi ciała. Ale nawet po wykluczeniu owych 21 przypadków pozostaje ich 39 a więc liczba wcale pokaźna. Ani na chwilę nie wątpię, że było ich znacznie więcej, ale, jak wyżej wspomniałem, lekarz nie dowiaduje się najczęściej o losach tych pacjentek, które wyleczył.

Strata wagi ciała w tych 39 przypadkach wahała się między 4 a 24 kg. Przeważnie zmniejszenie się wagi wynosiło 10—15 kg. Przed zajściem w ciążę cofały się naprzód nieprawidłowości, tyczące się perjodu. Najjaskrawiej objawiało się to u kobiet z zupełnym brakiem perjodu..

Oto kilka przykładów:

1) Chora F. F., lat 29, zamężna od 10 lat. Rodziła raz przed 9 laty, karmiła dziecko i bardzo znacznie utyła. Podczas karmienia nie miała perjodu; po odłączeniu perjod nie wrócił. Leczenie bardzo energiczne przeciw otyłości w Marienbadzie i w domu. *Amenorrhoea* trwała przez 9 lat, poczem wreszcie po wielkiej utracie wagi

ciała (15 kg) perjod zjawił się. Mimo to dalsze leczenie odtłuszczające, wyłącznie bilansowe. Dalszy ubytek wagi ciała, poczem ciąża i prawidłowy poród.

2) Przypadek: chora L. H., lat 26, zamężna od roku. Pierwszy perjod w 14 roku życia, zawsze co kilka miesięcy. Od 7 miesięcy zupełne ustanie perjodu. Waga ciała 123 kg. W 5 miesięcy potem, a więc po całorocznym braku menstruacji powrót perjodu po stracie 16 kg wagi. Perjod ten przychodzi co 2 miesiące. Dalsza strata 4 kg. Zajście w ciążę. Po porodzie dalsze, znaczne zeszczuplenie i druga ciąża zakończona prawidłowym porodem.

3) Chora M. E., lat 23. Pierwszy perjod w 15 roku życia, zjawiał się co 4 tygodnie i był średnio obfity. Zamężna od trzech lat, rodziła raz przed $1^1/_2$ rokiem. Karmiła przez 11 miesięcy i przez cały ten czas nie miała miesiączki. Po odłączeniu dziecka jeden perjod przed 8 miesiącami, potem bardzo znaczne utycie i zupełna *amenorrhoea*. Leczenie wyłącznie przeciw otyłości, gdyż narządy płciowe poza objawami zaniku (wąskość sklepień etc.) nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości. Po znacznem zeszczupleniu powrót perjodu a w kilka miesięcy potem ciąża, zakończona porodem. Kobieta ta rodziła jeszcze parę razy, poczem znowu bardzo utyła, straciła perjod i popadła w *climax praecox* już w 34 roku życia.

Takich przykładów mógłbym przytoczyć cały szereg na dowód że istnieje ścisły związek między utratą wagi ciała a powrotem normalnych czynności płciowych a więc i płodności.

W grupie owych szczęśliwych kobiet, które w ten sposób uzyskały, względnie odzyskały płodność osobniki interseksualne zajmują odrębne i to niekorzystne stanowisko. Między owemi 60 niewiastami było ich tylko 5 t. j. 8,3%, a nie 24,8%, coby odpowiadało ogólnej ich liczbie w moim materjale. Stanowiły więc one nie jedną czwartą, tylko jedną dwunastą część w grupie wyleczonych z niepłodności. Ten fakt niemoże zresztą zadziwiać. Kobiety interseksualne, nawet, jeśli są szczupłe, niełatwo zachodzą w ciążę, jeśli zaś utyją, sumują się u nich dwa czynniki niekorzystne. Po usunięciu jednego z nich, pozostaje drugi, konstytucjonalny, a więc nie oddziaływujący na żadne bodźce zewnętrzne i ten czynnik może sam przez się uniemożliwić zajście w ciążę. W tym fakcie szukać trzeba źródła owego na pozór paradoksalnego zjawiska, że w grupie osób, które kiedyś były w ciąży a potem utywszy, straciły płodność, międzypłciowych kobiet jest stosunkowo mało, bo tylko 16,5% (a nie 24,8%). Błędem byłoby sądzić, że one trudniej tracą płodność od nieinterseksualnych; przyczyną jest raczej to, że one rzadziej mają tę płodność do stracenia, gdyż częściej od tamtych są *a priori — niepłodne*.

Dowodzą tego liczby. Kobiet nie okazujących międzypłciowości, otyłych i *a limine* niepłodnych, a więc takich, które nigdy nie zachodziły w ciążę, było w moim materjale 232 na ogólną liczbę 350 nieinterseksualnych. Stanowiło to 66,2%. W grupie drugiej, obejmującej kobiety międzypłciowe było takich od początku niepłodnych 89 na 114 czyli 78%. Możnaby też wykazać w liczbach, że niewiasty interseksualne, o ile wogóle zachodzą w ciążę, mają większą skłonność do poronień, niż inne, niedotknięte tem zboczeniem konstytucjonalnem. Tłumaczeie tego faktu jest proste; szukać go trzeba w charakterystycznem dla międzypłciowości zmniejszenie energji czynności płciowych, a więc nietylko zdolności do zajścia w ciążę, ale i do jej donoszenia.

IV.

Na kilka drobnych, ale ciekawych szczegółów chciałbym jeszcze zwrócić uwagę. Wyszły one niespodziewanie na jaw przy zestawieniu moich 471 historyj chorób. Uderzyła mnie naprzód dziwna częstość zapaleń pochwy u otyłych, niepłodnych kobiet. Zanotowałem *kolpitis* u 63 pacjentek, co stanowi poważny odsetek 13,4%. Przekonałem się przytem, że powikłanie to odgrywa w rokowaniu co do niepłodności szczególnie niekorzystną rolę. Z tych 63 otyłych kobiet, cierpiących na ropne zapalenie pochwy, odzyskały względnie uzyskały płodność cztery t. j. 6.3%. U pozostałych t. j. takich, które nie miały *kolpitis*, wyleczonych z niepłodności było kobiet 56 t. j. 13,7%. Nie należy sądzić jakoby *kolpitis* sama przez się upośledzała tak silnie płodność; da się ona przecież wyleczyć. Rzecz raczej jest w tem, że ropny katar pochwy powstaje na tle głębokiego zaburzenia chemizmu pochwy, które jest wynikiem wybitnej biologicznej niedomogi narządów płciowych. Tak więc istnienie *kolpitis* u kobiet niepłodnych i otyłych dowodzi, że upośledzenie czynności tych narządów jest szczególnie silne, że przeto nadzieja wyleczenia z niepłodności jest niewielka.

Rzecz dziwna, że i na tym terenie kobiety interseksualne różnią się od innych. Z zestawień moich zdaje się wynikać, że mają one mniejszą skłonność do *kolpitis* od innych. Na 117 osobników interseksualnych (liczę tu i niezamężne) tylko 8 wykazywało to cierpienie a więc niespełna 7% podczas, gdy w liczbie 354 otyłych, ale nie dotkniętych międzypłciowością cierpiało na *kolpitis* 55 kobiet co daje liczbę odsetkową 15,5%. Różnica zbyt duża, żeby miała być przypadkową.

A teraz parę słów o t. zw. zespole międzymiesiączkowym *(crisis intermenstrualis)*. Polega on jak wiadomo na zjawianiu sie odpływu bezbarwnego lub czerwonego i na napadzie bolu nad spojeniem — i to stale na kilkanaście dni przed rozpoczęciem perjodu. Cierpienie to jest rzadkie, a w opracowanym tu materjale było tych przypadków tak niewiele, że nie robię obliczeń odsetkowych. Uderzyło mnie jednak to, że zespół międzymiesiączkowy występował prawie wyłącznie u kobiet nieinterseksualnych. Rzecz wymaga, oczywiście dalszych badań.

Zestawiłem też przypadki innego cierpienia, polegającego na przeciągłych, długie tygodnie trwających krwawieniach, powstałych na tle zaburzeń owulacyjnych. Otóż w moim materjale dotknięte były tem cierpieniem wyłącznie kobiety międzypłciowe. Liczb nie podaję, gdyż są za małe i znowu powiedzieć muszę, że należy pilnie śledzić, czy dalsze spostrzeżenia potwierdzą związek interseksualizmu z tą szczególną postacią kliniczną. Nie czas tu jeszcze na próbę tłumaczenia tego związku, gdyż obracamy się tu na terenie zgoła nieopracowanym. Cały rozdział o fizjopatologji kobiecego interseksualizmu musi być od fundamentów zbudowanym. Praca nad tą budową da niewątpliwie bardzo ciekawe wyniki, które będą nie tylko teoretycznie ważne, okaże się bowiem, że znajomość tego przedmiotu ma wielką doniosłość praktyczną w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu. W kilku ustępach tego wykładu dotknąć musiałem tej sprawy i wszedzie okazało się, że interseksualizm zajmuje odrębne stanowisko, że ma on swoje szczególne znamiona nietylko morfologiczne, ale i fizjologiczne, swoje specjalne sposoby oddziaływania zarówno na szkodliwośc jak i na czynniki lecznicze.

V.

Jakież ostateczne wnioski wyciągać można z powyższych uwag i odsetkowych zestawień? Dadzą się one, sądzę, zebrać w następujących zdaniach:

1) Otyłość i to ta jej postać, którą się nazywa bilansową, wpływa niekorzystnie na czynności narządów płciowych kobiecych, a więc i na płodność.

2) Sztuczne, lecznicze tuczenie, jeśli przejdzie poza dozwolone granice, może u młodej kobiety, doprowadzić do ustania perjodu i może pozbawić ją płodności.

3) Tycie, względnie otyłość upośledza czynności narządów płciowych szczególnie wybitnie u osobników, u których z przyczyn konstytucjonalnych czynności te są przyciszone, mało energiczne.

4) Wśród zboczeń konstytucjonalnych, mogących tu odgrywać rolę, najwybitniejsze miejsce zajmuje międzypłciowość.

5) Istnieje stan konstytucjonalny, polegający na tuczności połączonej z wczesnym rozwojem płciowym i wczesnem rozpoczęciem menstruacji. Odpowiada on zapewne takiejże konstytucji wyhodowanej u zwierząt domowych.

6) Leczenie odtłuszczajace i to czysto bilansowe, może usunąć u kobiety nieprawidłowości miesiączkowe, nawet zupełny brak perjodu i może przywrócić jej płodność.

7) Kobiety interseksualne reagują na tycie najczęściej spóźnianiem się perjodów a nie zmniejszaniem sie ich obfitości. To opóźnianie doprowadzić może do zupełnego ustania perjodów.

8) Odwrotnie wśród leczniczego szczuplenia stwierdza się u kobiet interseksualnych znacznie częściej przyśpieszenie się perjodów, niż zwiększanie się ich obfitości.

9) Kobiety otyłe mają skłonność do poronień. Skłonnośc ta objawia się szczególnie silnie u kobiet interseksualnych.

10) Ropny katar pochwy towarzyszy często otyłości połączonej z niedomogą czynności płciowych i w rokowaniu jest *signum mali ominis*.

11) Otyłe kobiety interseksualne okazują małą skłonność do *kolpitis*.

12) Przeciągłe krwawienia będące następstwem zaburzeń w owulacji, występują z upodobaniem u kobiet interseksualnych.

13) Odwrotnie, *crises intermenstruales spostrzega* się bardzo rzadko u kobiet dotkniętych międzypłciowością.

14) Wielkie prawo antagonizmu między życiem wegetatywnem a płciowem, między gromadzeniem tłuszczu i anabolizmem a energją płciową i płodnością występuje równie jasno u kobiet jak w całej żywej naturze.

Dr. Stanisław ANTECKI. Warszawa.
Dr. Med. Tadeusz ZWOLIŃSKI, asyst. kliniki.

W sprawie poronień nawykowych.

Z kliniki Położniczo-Ginekol. U. W. Dyr. Prof. Dr. A. Czyżewicz.

Sprawa nawykowych poronień nie jest jeszcze w nauce położnictwa do chwili obecnej zupełnie rozwiązana. Do niedawna każde przedwczesne, samoistne przerwanie ciąży, dla którego nie mieliśmy widocznych lub dostatecznie zrozumiałych przyczyn, podciągano pod miano poronienia nawykowego. Jednocześnie jednak z rozszerzeniem się naszych wiadomości lekarskich, zaczęto zupełnie dokładnie poznawać te czynniki, które mogą spowodować samoistne przerwanie ciąży, i dlatego siłą rzeczy miano „poronienie nawykowe" utrzymano dla tych przypadków, dla których etiologja chwilowo nie była wykryta. Ostatecznie Schröder zupełnie ściśle określił, co należy rozumieć pod nazwą poronienia nawykowego, a mianowicie: jest to przerywanie ciąży przed jej ukończeniem, powtarzające się u tej samej kobiety bez przyczyny, którą można by było wykazać dotychczasowemi sposobami badania. Samo już przez się jest rzeczą zrozumiałą, że nie możemy zaliczać do tej grupy przypadków o znanej nam etiologji, jak: kiła, stany zapalne nerek, wady serca, schorzenia ogólne ustroju wyniszczające, niektóre choroby zakaźne, oraz cały szereg cierpień narządu rodnego, a więc guzy, wadliwe położenia macicy, stany zapalne śluzówki i inne. Do grupy poronień nawykowych nie wolno zaliczać i tych przypadków, w których przyczyną poronienia, lub przedwczesnego porodu jest wewnątrzmaciczna śmierć płodu z następowem przerwaniem ciąży, co zupełnie naśladuje nawykowe poronienie.

Prócz wyżej wymienionych znanych nam dokładnie schorzeń, wywołujących poronienia, istnieje jeszcze dość pokaźna grupa tych przypadków, dla których dotychczas z konieczności musieliśmy utrzymać miano „poronień nawykowych". Ostatnio dzięki coraz szerszemu poznawaniu znaczenia wydzielania wewnętrznego dla ustroju, grupa ta maleje coraz bardziej. Rola, jaką dla etjologji poronień nawykowych może mieć wydzielanie wewnętrzne gruczołów dokrewnych, była przedmiotem licznych i ciekawych badań, zarówno doświadczalnych na zwierzętach, jak i klinicznych, już od 2-ch dziesiątków lat. Nie było prawie gruczołu dokrewnego, którego zmienionej funkcji nie przypisywanoby dużej roli w etjologji poronienia nawykowego, a więc: tarczycy, tylnemu płatowi przysadki mózgowej, nadnerczu, trzustce, grasicy i jajnikowi. Na drodze doświadczalnej na zwierzętach usiłowano dowodowo wykazać, że właśnie ten, a nie inny gruczoł dokrewny odgrywa dominującą rolę w sprawie poronień nawykowych. Badanie Calin'a tylnego płatu przysadki mózgowej, jak Neu'a, Adlera i Ury wydzieliny nadnerczy w związku ze znaczeniem ich dla poronień nawykowych nie oparły się krytyce, powstałej z późniejszych doświadczeń. Ciężarnym zwierzętom wstrzykiwano cały szereg wyciągów najrozmaitszych gruczołów i ostatecznie wpływ ich działania był bardzo mały, albo żaden, zarówno na poród, jak i życie płodu. Szczegółowsze badania późniejsze zaczęły stopniowo wyłączać te gruczoły, których wpływu na rozwój ciąży nie można było stwierdzić, wysuwając na plan pierwszy te, którym już dzisiaj znaczenia odmówić niepodobna, a mianowicie jajnikowi, a na drugiem miejscu przedniemu płatowi przysadki mózgowej. Stałą przeszkodą do prowadzenia tego rodzaju doświadczeń, aż do niedawna, był brak metod chemicznych, czy też biologicznych, pozwalających stwierdzić obecność wydzieliny pewnego gruczołu w organizmie. Obecnie, dzięki pracom amerykańskich i niemieckich badaczy (Papanicoloan, Stockars, Allen, Daisy, Zandec, Aschheim) poznaliśmy działanie dwóch najważniejszych w tym względzie gruczołów, a więc przedniego płatu przysadki i jajnika, oraz zyskaliśmy częściowo sposób otrzymywania hormonu jajnikowego w postaci rozpuszczalnej w wodzie i możność określania jego siły w jednostkach mysich. Dziś już wiadomo, że wydzielanie przedniego płatu przysadki mózgowej jest bodźcem dla jajnika, powodującym jego dojrzewanie, które przejawia się w dojrzewaniu jaj, wydzielaniu hormonu jajnikowego, oraz pobudzeniu do wzrostu całego narządu rodnego. Z punktu widzenia konstytucjonalnego, osobniki, podlegające tego rodzaju zaburzeniom, cechują zwykle objawy niedokształtu niezbyt daleko posuniętego, zaliczonego do typów poronnych. Narząd rodny jest w tym stanie, że może przyjąć ciążę, jednak dalsza wydolność jego jest tak mała, że nie jest w stanie ciąży utrzymać. Niedorozwój narządu rodnego stwarza niestosunek pomiędzy wzrostem jaja płodowego, a macicą ciężarną, co głównie dotyczy pierwszych czterech miesięcy ciąży. Z drugiej strony już oddawna zaobserwowano ten fakt, że po usunięciu ciałka żółtego, w pierwszych 4 miesiącach ciąży, występuje prawie zawsze poronienie. Powiedziałem „prawie zawsze", gdyż znane dotychczas nieliczne przypadki nie potwierdzające tego zjawiska, można zdaje się wytłumaczyć tem, że łożysko wcześniej obejmuje rolę produkowania hormonu jajnikowego, niż to ma miejsce zazwyczaj t. j. od 4-ch miesięcy ciąży.

Jeżeli zatem, zapomocą hormonu jajnikowego można spowodować rozwój niedokształconego narządu rodnego z jednej strony, i dostarczyć tak niezbędnego dla utrzymania ciąży tegoż hormonu z drugiej, to wydało się nam rzeczą słuszną spróbować tego sposobu leczenia, w odniesieniu do tych przypadków, w których poronienia występowały bez znanych, a omówionych na początku artykułu przyczyn.

Z chwilą rozpoczynania swej pracy mieliśmy do dyspozycji preparaty krajowe i zagraniczne. Co do preparatów krajowych, to wybór był bardzo mały, a raczej żaden. W początku naszych spostrzeżeń wyrabiano jedynie wyciągi z jajnika jako całości *(Ovaria anomalia), sisto- i agomensinę*, a dopiero później zjawiły się wyciągi ciałka żółtego, które stosowane w odnośnych przypadkach, niestety nie dały żadnych wyników. Z konieczności musieliśmy przejść do preparatów obcych, i z pośród całej masy wyciągów drogą prób ustaliliśmy, iż najlepsze rezultaty były po stosowaniu „Lutoforiny" Freunda i Redlicha, oraz Corps jeune Choay, przy których pozostaliśmy aż do końca doświadczeń. Preparaty najnowsze, w postaci hormonu jajnikowego, rozpuszczalnego w wodzie pod nazwą „Folloculin — Menformon", zjawiły się już w chwili, kiedy opisany przez nas cykl doświadczeń był na wykończeniu. Należy jednak przypuszczać, iż stosowanie follokuliny, jak i surowicy kobiet ciężarnych, która zawiera duże ilości wydzieliny jajnika, będzie najlepszą terapją w przypadkach poronień nawykowych, pochodzenia hormonalnego, co już zostało uwzględnione w dalszych badaniach naszej kliniki odnośnie do tego cierpienia.

Przechodząc do metody postępowania w przypadkach poronień nawykowych, którą z biegiem czasu modyfikowaliśmy w miarę naszych obserwacyj, to w ostatecznej formie przedstawia się ona następująco: nie używszy żadnych środków dotychczas stosowanych, wyłącznie zastrzykując codziennie domięśniowo wyciągi ciałka żółtego i to aż do ukończenia pierwszej połowy ciąży, po upływie której, zastrzyki robiono coraz rzadziej, bo raz na tydzień i co dwa tygodnie w końcowych okresach ciąży. Ciężarnych nie zmuszaliśmy do leżenia w łóżku, owszem chodziły one, przy zastosowaniu pewnych ostrożności i abstynencji płciowej, nie upatrując w nieruchomem leżeniu środka, mogącego zwalczyć rozpoczynające się poronienie. Obserwowaliśmy, iż nawet wobec objawów zagrażającego poronienia t. j. krwawienia, wyciągi ciałka żółtego, zastrzykiwane podskórnie, pomagały pacjentom leczonym ambulatoryjnie. Tym sposobem leczenie nasze, wyraźnie odbiegając od dotychczasowej metodyki postępowania w poronieniach nawykowych, daje pacjentom tę korzyść, że nie zmusza ich niewolniczo do nieruchomego pozostawania w łóżku ,nieraz całe miesiące, jak to było dawniej.

W czasie stosowania tych preparatów pobocznie zaobserwowaliśmy również dodatnie działanie wyciągów ciałka żółtego na występującą zwykle w ciąży pobudliwość wymiotną w sensie jej zmniejszenia. Zjawisko to tłumaczyliśmy sobie związkiem wymiotów cężarnych z niedostateczną czynnością jajnika.

W doświadczeniach swych korzystaliśmy nietylko z materjału klinicznego, lecz i z przypadków obserwowanych przez Anteckiego, które wspólnie zostały włączone do niniejszej pracy. Wszystkie nasze pacjentki, które zgłaszały się ze skargami na powtarzające się samoistne poronienia, po dokładnem zbadaniu stanu ogólnego, narządu rodnego, moczu, krwi (morfologja, odczyn Wassermann'a, w dwu przypadkach i grup serologicznych), o ile nie wykazały z tych stron żadnych widocznych zmian, były zaliczone do grupy „poronień nawykowych". Pacjentki zgłaszały się bądź to już z objawami zagrażającego poronienia, lub też z prośbą o zabezpieczenie istniejącej ciąży. Przypadki tu omawiane dotyczą tylko tych, w których stwierdziliśmy objawy zagrażającego poronienia. O przypadkach, w których chodziło pacjentkom o zabezpieczenie przed mogącem wystąpić poronieniem, tak jak to miało miejsce w poprzednich ciążach, nie będziemy mówili.

Wszystkich kobiet z objawami poronienia bez widocznych przyczyn obserwowaliśmy i leczyli 21 w wieku od lat 21 do 29. Osiem z nich przebyło już po jednem poronieniu, sześć — po dwa poronienia, sześć — po trzy poronienia i jedna — cztery poronienia. Zewnętrznie pacjentki należały do typu kobiet otyłych. Miesiączkowanie rozpoczynały dość późno z krwawieniami o różnem nasileniu, w dwóch przypadkach perjody występowały co trzy do czterech miesięcy. W ciążę zachodziły od 1 do 3 lat pożycia małżeńskiego. Badanie narządów rodnych nie wykazywało cech niedokształceń, którеby można było definitywnie stwierdzić, tembardziej, że były one już przynajmniej po jednej niedonoszonej ciąży, wywierającej swój wpływ na rozwój samej macicy. Poro-

nienia, z wyjątkiem 2 przypadków, dotyczyły ciąży od 6 do 16 tygodni. Z tych dwóch wyjątków jeden dotyczył porodu niewczesnego 5-cio miesięcznego, jako pierwszego poronienia, drugi porodu przedwczesnego 7-mio miesięcznego, jako drugiego z rzędu przerwania ciąży.

Dwa tylko mieliśmy niepowodzenia. Z tego jedna pacjentka Anteckiego, pomimo stosowania omówionego leczenia, dostała po raz drugi w 24-ym tygodniu ciąży krwawienia i urodziła; drugi przypadek to kliniczny, w którym ciążę utrzymano do końca, na poród zgłosiła się pacjentka do Kliniki i na dzień przed ewentualnie mającym nastąpić porodem, przestała czuć ruchy płodu, tętna nie wysłuchiwało się, a następnego dnia urodziła dziecko martwe.

Zestawiając razem wyniki powyższych doświadczeń, dochodzimy do wniosku, że podawanie hormonu jajnikowego, w przypadkach niedorozwoju narządu rodnego lub upośledzenia czynności jajnika, w czasie zmienionej jego funkcji, co było powodem częstych poronień, nadaje się do leczenia w sposób omówiony powyżej i przypadki takie powiny być wyłączone z grupy, objętej mianem „poronień nawykowych". W końcu, zgłaszając niniejszą pracę, chcielibyśmy, zawiadomić świat lekarski o nowym środku leczniczym poronień nawykowych i zachęcić do szerokiego stosowania w praktyce, by tym sposobem zyskać nową serję przypadków, potwierdzających nasze spostrzeżenia i tą drogą nietylko utrwalić, ale i ugruntować metodykę postępowania, przytoczoną przez nas.

Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Tymczasowe doniesienie o próbach leczenia gruźlicy płuc inhalacjami.

Ciąg dalszy.

Teoretyczne uzasadnienie metody inhalacyjnej.

W dziale poprzednim, prawie dostatecznie uzasadniliśmy anatomiczno - patologiczne właściwości gruzełka, nie tylko usprawiedliwiające stosowanie metody leczniczej, bezpośredniej, ale mogliśmy nawet dojść do wniosku, że ten kierunek, kto wie czy nie odegra w przyszłości zasadniczej roli. Wspomnimy pokrótce jeszcze o ogólnych teoretycznych danych dotyczących inhalacji.

Biorąc zasadniczo mamy do rozporządzenia 3 rodzaje zastosowania inhalacyjnego, mianowicie: inhalacje suche, wilgotne i rozpylanie środków leczniczych. W ten czy inny sposób doprowadzane środki poprzez przewody oddechowe, wpływają bezpośrednio na błonę śluzową, nie tylko w sposób chemiczno - farmakologiczny ale również i fizyczny. Ten ostatni odgrywa nieraz dużą rolę, jako czynnik wspierający działalność momentu pierwszego.

W stosowanych więc inhalacjach, nie tylko sam środek odgrywa duże znaczenie, ale także i takie momenty, jak zawartość wilgoci, sama ciepłota i siła mechaniczna użyta przy tem stosowaniu. Wreszcie związanie z tem pewnych skoordynowanych ruchów oddechowych, przy niego głębszem ich wykonaniu, ma nawet pewne znaczenie dydaktyczne, zwłaszcza gdy odbywa się przez stale, pewien okres czasu co wywiera wpływ na przyzwyczajenie chorego, do więcej regularnego oddychania, a zwłaszcza do odpowiedniego regulowania wdechu i wydechu. Są jednak wpływy pomocnicze, nie mające zasadniczego znaczenia dla samej metody. Mimo to jednak, musimy stwierdzić, że silne i głębokie przy tem oddechy, ogromnie ułatwiają samą sprawę oddechową w płucach, zwłaszcza w sensie jej zasadniczej przemiany gazowej, jak również prowadzą przez racjonalne użycie mięśni oddechowych do ich wzmocnienia. Te wpływy korzystne, rozciągają się pośrednio na dalsze twory, ba silniej i sprawniej funkcjonujący organ prowadzi do odpowiedniego zapotrzebowania krwi, mamy zatem wływ na samo ukrwienie płuc. Wreszcie strumień powietrza inhalacyjnego, przechodząc panad wydzieliną dróg oddechowych, porusza ją, powodując łatwiejsze odrywanie się jej od tych ścian i wydalanie plwociny na zewnątrz. Byłby to więc pierwszy moment wpływu inhalacji ogólnych, możnaby to nazwać wpływem mechanicznym. Drugi czynnik obejmowałby działanie cieplne. Jednakże ten wpływ sięga tylka do górnych dróg oddechowych, ponieważ w głębszych odcinkach ten moment nie będzie odgrywał zbyt wielkiego znaczenia, gdyż środek doprowadzony, bardzo szybko przyjmuje ciepłotę krwi.

Na górne odcinki dróg oddechowych, zimne inhalacje wywierają działanie uspokajające, kojące ból i sprawiające do pewnego stopnia działanie odświeżające, działają prócz tego hartująco. Gorące natomiast inhalacje, mają zupełnie inne działanie, powodują czynne przekrwienie w miejscach zadziałania, prowadząc przez to do pobudzenia tamże przemiany materji. To działanie rozciąga się również i na pobudzenie czynności gruczołowej, co razem wzięte, wzmaga naturalne siły obronne, zarówno miejscowe jak i ogólne, osłabiając przez to działanie drobnoustrojów i ich jad. Trzeci wpływ obejmowałby, działanie wilgotności, występujące przy inhalowaniu środków płynnych, czy też ich pary, prowadząc do bardzo obfitego nasycenia parą wodną, wdechiwanego powietrza. Dzięki temu organizm przy wydechu, nie traci zbyt dużo swojej wilgotności. Ma to oczywiście dość duże znaczenie, przy wszelkich sprawach toczących się w górnych drogach oddechowych, gdzie jest konieczne pewne oszczędzanie ich śluzówek, zwłaszcza przy suchych nieżytach. Te wdechiwania, wpływają bardzo korzystnie, na uspokojenie bolu, usuwając uczucie suchości i pieczenia.

Wreszcie jeżeli kondensacja wody występuje podczas zadziaływania na błonę śluzową, wywiera to wpływ korzystny na samo odrywanie się wydzieliny.

Czwarty moment i ostatni prawie tego działania obejmuje działanie farmakologiczne zarówno miejscowe jak i samą resorbcję. Ma to miejsce, przy działaniu środka przeważnie w górnych drogach oddechowych, gdzie wpływ wywiera nie tylko działanie dezynfekcyjne ile zjawia się sprzyjający moment, dla usunięcia plwociny tam się zbierającej. Rozpatrując dalsze działanie inhalacji, należy wymienić, że sam proces zapalny podlega uspokojeniu, istniejący obrzęk błony śluzowej znika, wydzielina znajdująca się rozluźnia się, dzięki czemu następuje ułatwienie wydzielania jej na zewnątrz. Dopiero po tem czysto mechanicznem oczyszczeniu błony śluzowej, środek leczniczy może wywierać swe dalsze działanie, ulegać resorbcji, która jak wiemy w drogach oddechowych jest szczególnie wybitna.

Rozpatrzone te 4 momenty wpływu, zastosowania inhalacji, obejmują zwykły zakres otrzymywany, przy zastosowaniu zwykłych aparatów inhalacyjnych, np. ogólnie znanego aparatu inhalacyjnego S i e g l a, działającego pod ciśnieniem pary, jak również innych podobnych aparatów.

Jednakże ten najzwyklejszy sposób wdechiwania, za pomocą zwykłych, ogólnie znanych aparatów, nie wystarcza, by doprowadzić w odpowiednich ilościach środek leczniczy do właściwego miejsca przeznaczenia t. j. do schorzałych płuc.

Musimy do tego rozporządzać odpowiednim aparatem, działającym pod ciśnieniem, które moglibyśmy regulować w miarę potrzeby, jak również wpływać na samo rozpylanie. Odpowiedni dla naszych celów aparat, prócz tego, powinien niezależnie od ciepłoty zupełnie, wywoływać rozpylenie płynu w drobne równomierne cząsteczki, powstające wyłącznie tylko dzięki sile mechanicznej.

Aparaty odpowiadające tym warunkom, mogą być dwu typów, jedne u których siła ciśnienia powoduje powstawanie odpowiedniego strumienia płynu, z którego dopiero odrywają się jego poszczególne kropelki, drugie, dla nas najważniejsze z którym to rodzajem aparatu przeprowadzaliśmy swoje doświadczenia, zasadzają się na użyciu strumienia powietrznego, czy też innego gazu, działającego pod odpowiednim ciśnieniem, by z żądanego płynu unieść poszczególne drobne cząsteczki i doprowadzić je do miejsc przeznaczenia. Ten sposób, ma tę przewagę nad innemi, że umożliwia rozpylanie płynami, które są wrażliwe na wysoką ciepłotę pod działaniem której ulegają zmianom, nie dając przez to możności doprowadzenia wskazanego środka w postaci niezmienionej. Przy rozpylaniu substancyj płynnych za pomocą siły mechanicznej, powstają jednak cząsteczki różnej wielkości, podczas gdy przy stosowaniu inhalacyj gazowych, aczkolwiek otrzymywane cząsteczki nie są idealnie jednakowej wielkości, to jednak te różnice są stosunkowo niewielkie.

By jednak wyrównać tą różną wielkość cząsteczek rozpylonych, co jest dość ważne dla naszych celów, aparat służący do tego powinien być tak skonstruowany by przepuszczał tylko cząsteczki odpowiedniej wielkości, podczas gdy inne zwłaszcza większe, odpadały ze strumienia rozpylanego, jednem słowem to urządzenie gwarantowałoby możliwie całkowitą równomierność.

Wreszcie by to rozpylanie spełniło całkowicie swe działanie muszą być jeszcze spełnione inne warunki a mianowicie: strumień rozpylony powinien zawierać: 1) odpowiednią ilość środka rozpylonego, to znaczy by inhalowanie było tak uregulowane, by powietrze doprowadzane podczas inhalacji, zawierało i było przesycone rozpylonym środkiem, 2) powinna być odpowiednia gęstość środka rozpylonego. Jest to dość skomplikowana sprawa. określić z całą dokładnością konieczną gęstość, biorąc średnio, możemy powiedzieć, że dla naszych celów, powinna ona wynosić mniej więcej około 20 mm rozpylonego płynu, w obłoczku inhalowanym, 3) mniej więcej równomierną wielkość rozpylonych cząsteczek. Sam stan gęstości jest zależny od wielkości poszczególnych czą-

steczek, czyli, że będziemy mieć gęsty obłoczek, przy przeważającej ilości dużych cząsteczek, jednakże wtedy pomimo, że będziemy mieli dość dużą zawartość naszego środka, to jednak te duże cząsteczki dla naszych celów inhalacyjnych są zupełnie nieprzydatne. Odpowiednie małe wymiary swobodnie poruszających się molekularnych cząsteczek, gwarantują im kolosalną ruchliwość, dzięki ich drobności, umożliwiając przez to całkowite poddawanie się ruchom mechanicznym na równi z każdą mieszaniną gazów, gwarantując jednocześnie przez to dochodzenie wszystkich cząsteczek do miejsca przeznaczenia, zwłaszcza w jednakowym kierunku i z jednakową szybkością. Gdy natomiast niektóre z cząsteczek są znacznie większe od innych, to ich waga przeważająć znacznie nie daje im możności utrzymania się w pierwotnym kierunku, przez ich siłę cząsteczkową. Zresztą te nierówne cząsteczki, zwłaszcza większe, wywołałyby niepotrzebne mechaniczne podrażnienie częściowe błony śluzowej tchawicy, w rezultacie zjawiałby się odruch kaszlowy, przeszkadzający wykonaniu dokładnie zabiegu inhalacyjnego.

Heubner jako odpowiednią wielkość poszczególnych cząsteczek przy racjonalnej inhalacji podaje, że jej przekrój nie powinien przekraczać 0,02 mm.

Należy jednakże przytem pamiętać, że i zbytnia drobność poszczególnych cząsteczek również nie jest racjonalna, ponieważ im drobniejsze one będą w strumieniu obłoczka inhalacyjnego, tem będą lżejsze, stając się na podobieństwo drobnej cząsteczki gazu oddechowego, narażone na bardzo łatwe wydechnięcie z powrotem; przy takim oczywiście stanie rzeczy cała teorja mijałaby się w zupełności ze swoim celem. Dodać jeszcze należy, że przy tych sprawach, dużą rolę odgrywa jeszcze, odpowiednia wielkość światła dróg oddechowych. Odpowiednio do zmniejszania się światła (przekroju), równomiernie z tym wymagane będą inne wielkości cząsteczek, mianowicie w tchawicy większe, w oskrzelach dużych mniejsze a wreszcie w drobnych, odpowiednio małe. Jednakże jak wspomnieliśmy już, cząsteczki te powinny być możliwie jednakowej wielkości, co uzyskujemy przy pomocy odpowiedniego aparatu, tak, że przeciętna cząsteczka uzyskuje wielkość około 0,02 mm, przyjmując tutaj też pod uwagę, że i nasycenie wilgotnością powietrza wpływa na powiększenie cząsteczki.

Przechodząc do samego działania leczniczego doprowadzanego środka, musimy stwierdzić, że to działanie rozciąga się również i na zdrowe części płuc. Wiadomo bowiem, że przy wszelkich zmianach płucnych, nie przesądzając ich zmian w szczególności, zwłaszcza przy ich przeważającem umiejscowieniu jednostronnem, będziemy mieli wydatne osłabienie ruchomości tej części klatki piersiowej, podczas gdy strona przeciwna, mniej uległa zmianom swoistym, odwrotnie wykazywać będzie nadmierne wzmożenie ruchomości. Ten fizjo-patologiczny stan, jest wysoce niekorzystny dla naszej metody, ponieważ nam zależałoby przeciwnie na doprowadzeniu do części płuca schorzałego, możliwie jaknajwiększą ilość naszego środka leczniczego, z możliwem pominięciem płuca zdrowego. Niestety nie jesteśmy w stanie dostosować całkowicie tych warunków anatomo-fizjologiczno-patologicznych do naszych celów, możemy zaś je tylko częściowo wyrównać. Mianowicie przy wszelkich sprawach związanych z osłabieniem ruchomości płuca schorzałego, staramy się w sposób sztuczny, mechaniczny unieruchomić płuco strony przeciwnej, uciskając klatkę piersiową jakimkolwiekbądź przyrządem zbudowanym prosto. Zasadą tego aparatu uciskającego, są dwie wyścielone blaszki o kształcie owalnym, które swoim kształtem odpowiadałyby przedniej i tylnej powierzchni klatki piersiowej. Obie te blachy są połączone odpowiednim prętem metalowym, znajdującym się w środku na odpowiednich zawiasach, zaopatrzonych w specjalne połączenie śrubowe umożliwiające więcej lub mniej przybliżać te blachy do siebie a pośrednio działać uciskowo, na odpowiednią część klatki piersiowej, oprócz tego podobne działanie, mające na celu osłabienie działalności pewnej części płuca, uzyskać można za pomocą odpowiedniego gorsetu. Nie zawsze jednak, przy tej metodzie inhalacyjnej trzeba uciekać się do zastosowania aparatów uciskających, nieraz już samo odpowiednie ustawienie klatki piersiowej wystarcza, by żądana strona mogła ulec większej wentylacji. Np. przy zmianach prawostronnych, będziemy mieli osłabienie ruchomości strony prawej, zależałoby nam więc na specjalnem wzmożeniu inhalacji po tejże stronie, a możliwie na osłabieniu ruchomości po stronie lewej. Staramy się więc zupełnie prostem nachyleniem tułowia w lewą stronę, mianowicie, by osobnik siedzący na kanapie, łokciem lewym oparł się wygodnie na niej lub też na stojącem obok krzesełku. Prosty ten sposób, jest w zupełności wystarczający nieraz.

Oprócz jednak konieczności, nie równomiernego wykonywania ruchów oddechowych przez jedno z płuc, dużą rolę jak już wspominaliśmy poprzednio odgrywa w tych sprawach, zagadnienie głębokości oddziaływania, jak również samej resorbcji odbywającej się w płucach i drogach oddechowych.

Wiemy z poprzedniego, że płynne cząsteczki, znajdujące się w powietrzu oddechowem, mogą być podczas wdechu doprowadzone aż do pęcherzyków płucnych. Przy tym momencie musimy też brać pod uwagę samą ilość środka doprowadzonego, ilość którego w miarę posuwania głębiej, ulega stałym zmianom w kierunku zmniejszania się; bowiem przy każdym podziale oskrzeli, wewnętrzna ich powierzchnia stale się powiększa, jak również jednocześnie ulega zmniejszeniu sama ilość środka, tak, że do miejsca właściwego przeznaczenia, dochodzi, nie całkowita przez nas wyznaczona ilość. Rzućmy słów kilka o samym mechanizmie obłoczka inhalacyjnego, podczas jego przechodzenia poprzez drogi oddechowe widzimy, że utrzymywanie w łączności cząsteczek obłoczka ich, zależy tylko w nieznacznej mierze od działania chemicznego, a przeważnie zależy od t. zw. „zawieszenia przyściennego“ cząsteczek jak również i częściowej absorbcji. Cząsteczki obłoczka inhalacyjnego, znajdujące się w obrębie bocznego strumienia wdychanego, zostają usuwane przy zetknięciu się z wilgotną błoną śluzową oskrzeli. Im większy przytem jest stosunek bocznych warstw do ogólnej objętości obłoczka inhalacyjnego, tem głębiej może się on dostawać do drobnych oskrzelików. Jednak tu zachodzi na skutek wspomnianego powiększenia się powierzchni ścian oskrzeli, stałe zmniejszanie się ilości obłoczka, co następuje przy tem nie równomiernie a odbywa się progresywnie.

Oprócz tego właściwie, te trudności mechaniczne przy inhalacji, wzmagają się po pierwsze, przez wspomniane na innem miejscu, stałe zmniejszanie się obłoczka przez opadanie cząsteczek cięższych, w samych drogach oddechowych, (nigdy idealnych cząsteczek, pod względem wielkości nie można otrzymać), po drugie prąd powietrza nie płynie w idealnie równomiernym kierunku, a przeciwnie ulega różnym nieprawidłowym wirom. Działanie tych ostatnich jest wysoce niepomyślne, ponieważ one wpływają na sporą część cząsteczek obłoczka inhalacyjnego, na skutek swej dość intensywnej siły mechanicznej i wskutek tego usadawiają się w tych czy innych miejscach błony śluzowej, zwłaszcza bywa to intensywne w miejscach, w których na skutek anatomicznych zwężeń, mamy idealne warunki dla powstawania wirów. Mało tego jednak, zjawiający się przy wydechu, odwrotny prąd powietrza jeszcze więcej wpływa na tworzenię się wirów, czynnik ten jednak ma w sobie pewne dodatnie znaczenie, ponieważ ulegające podczas rozpylania pewnej chaotyczności cząsteczki obłoczka inhalowanego, on jakby zbiera i formuje, by przy następnym wdechu, mogły one jeszcze choć częściowo spełnić swe działanie.

Reasumując powyższe, dotyczące głębokości działania, możemy powiedzieć, że średnie oskrzela przedstawiają się jako przestrzeń w której większa ilość obłoczka inhalacyjnego, opada i nie jest w stanie brać czynnego udziału.

Na innem miejscu wspominaliśmy, że błona śluzowa, zarówno dróg oddechowych, jak i pęcherzyków płucnych, posiada szczególne własności resorbcyjne, które przewyższają swą siłą działanie resorbcyjne błony śluzowej przewodu pokarmowego. Dzięki temu, następuje bardzo szybkie zresorbowanie doprowadzonych środków i szybkie przejście ich do krwi i limfy. Biorąc jednak ogólnie, nie wszystkie te substancje ulegają jednakowo szybkiemu zresorbowaniu. Woda i rozpuszczone w niej ciała przenikają przez błonę śluzową b. szybko, ciała oleiste wymagają cokolwiek dłuższego czasu, podczas gdy cząsteczki złota, stosunkowo najdłużej opierają się zresorbowaniu. Sam mechanizm przenikania ciał oleistych, czy też środków rozpuszczonych w nich, dostarczanych za pomocą inhalacji, odbywa się w ten sposób, że substancja lecznicza stosunkowo szybko przenika do otaczających cieczy tkankowych, podczas gdy rozpuszczalnik oleisty przechodzi dość wolno poprzez tkanki. Ten moment dla nas jest dość ważny, ponieważ w swoich poczynaniach uwzględnialiśmy w pierwszym rzędzie rozpuszczalniki oleiste. Ich użycie gwarantuje doprowadzenie wskazanych środków leczniczych do właściwych zmian płucnych w odpowiedniej koncentracji, czego przy użyciu rozpuszczalnika wodnego nie bylibyśmy w stanie osiągnąć, gdyż na skutek jego zbyt szybkiej resorbcji, nie moglibyśmy w żaden sposób zgrupować większej ilości tego leku.

Jest to tem więcej ważne, gdyż oprócz działania właściwego, zależy nam nieraz również i na działaniu miejscowem np. przy intenzywnym b. pobudliwym kaszlu, możemy odpowiednim środkiem dostarczanym drogą inhalacji złagodzić jego nasilenie; jest to dość łatwo osiągalne, na skutek dostatecznego nasycenia inhalowaną substancją, której środki przenikając do tkanek i przewodów limfatycznych tkankowych, działają równocześnie na odpowiednie zakończenia nerwów czuciowych. Na tem nawet działaniu jest

oparta znana metoda leczenia astmy oskrzelowej wdechiwaniem różnych mieszanin proszków czy też paleniem specjalnych środków narkotycznych (papierosy). Na tej drodze, przy tych napadach kaszlowych, mieszanych z dusznością najprędzej możemy osiągnąć najkorzystniejsze wyniki, jednakże dlatego jest konieczne spełnienie warunku, by ten środek dostarczany był dokładnie rozpylony, możliwie w najdrobniejszych cząsteczkach, by mógł pokryć możliwie dużą przestrzeń błony śluzowej oskrzeli. Rozpylanie grubszych cząsteczek dotykał swoim końcem, tylnej części dolnych siekaczy, trzymając przytem samą jamę ustną możliwie jaknajmniej rozwartą. Pozycja ta jest najkorzystniejsza, ponieważ najlepiej przytem, następuje rozwarcie szpary głosowej.

5) Przed rozpoczęciem właściwego inhalowania, mając już rurkę oddechową w ustach względnie założoną maskę, należy wykonać kilka razy głębokie oddychanie, żeby się w danym momencie przyzwyczaić i przystosować do inhalowania.

I dopiero wtedy, gdy te pierwsze głębokie oddychania, nie wywierają żadnego podrażnienia, rozpoczynamy właściwe rozpylanie.

6) Czas trwania poszczególnej inhalacji, na jednem posiedzeniu nie powinien trwać dłużej jak 5—10 minut; dokładne ustalenie czasu maksymalnego dla inhalacji jest ściśle indywidualne; zależne od samych zmian specyficznych.

7) Po każdej inhalacji, należy chociaż przez 15 minut, pozostać w pokoju, nie wychodząc na powietrze zewnętrzne.

8) Przynajmniej w ciągu pół godziny po inhalowaniu, należy wstrzymać się od palenia tytoniu i męczącej rozmowy.

9) Wreszcie należy, starać się możliwie, unikać gwałtownych ruchów kaszlowych, podczas gdy łagodne odruchy kaszlowe, nawet są wskazane.

10) Po każdej inhalacji, maskę jak i rurkę inhalacyjną, należy wygotować.

Przy wszystkich naszych postępowaniach, związanych ze stosowaniem inhalacyj staraliśmy się możliwie zawsze przestrzegać wyżej podanych wskazówek. Przy przeprowadzaniu jej u leżących, staraliśmy się również możliwie wykonywać inhalacje w pozycji półsiedzącej, z odpowiednio przechyloną głową. Z reguły przyjęliśmy, przeprowadzać zawsze inhalacje w godzinach rannych, mniej więcej w jakie 1—1$^{1}/_{2}$ godziny po niezbyt obfitem śniadaniu. Dążeniem naszem było, również by chory sam sobie wkładał rurkę inhalacyjną, ponieważ jak przekonały nas obserwacje, unikało się przezto niepotrzebnego drażnienia, a z drugiej strony jej zastosowanie, wyłączało niepotrzebne przechodzenie środka inhalacyjnego przez jamę ustną.

Chory bardzo szybko oswajał się z tem manipulowaniem, i najczęściej dochodził do takiej wprawy, że już po pierwszych inhalacjach, mógł oddychać bardzo głęboko, nie wywołując przytem, żadnych niepożądanych odruchów. Inhalacje te przeprowadzaliśmy zawsze przez 5 minut. Na zakończenie tego działu techniki inhalacyjnej, podamy skład leku jaki używaliśmy przy naszych badaniach, zaznaczając, że zawierał on oprócz zasadniczego środka, jakim było złoto, jeszcze cały szereg dodatkowych środków, których suma działania, jeszcze więcej wpływała na wzmożenie właściwego działania. Niektóre z tych składników, wywierały specjalnie korzystny wpływ na wszelkie dodatkowe, a najczęściej towarzyszące gruźlicy płucnej, nieżyty dróg oddechowych. Ponieważ jednak jak wykazały badania oddziału naukowego Zakładów Spiessa, wykonane pod kierunkiem Dra Otolskiego, zastosowany do tej mieszaniny preparat złota, aurosan, podlega rozkładowi w zawiesinie oleistej znajdując się zmieszanym razem z innemi środkami, postanowiliśmy używać naszego środka w postaci dwu oddzielnych zawiesin, i dopiero przed samem użyciem ich do inhalowania, przygotowaliśmy go sobie odręcznie mieszając obie zawiesiny, albo przez umieszczenie obu tych leków w oddzielnych flakonach inhalacyjnych, co ma miejsce przy aparacie tlenowym, tak, że dopiero w samym momencie wdechiwania następuje ich dokładne zmieszanie, albo przy użyciu aparatu elektrycznego, wlewamy do rezerwoaru szklanego niewielkie ilości obu środków, mieszając je dokładnie. Trzeba przytem pamiętać, że przed każdem użyciem należy płyny te bardzo intensywnie wstrząsnąć, by były dokładnie wymieszane.

Inhalacyjne płyny składają się z dwu części:

Płyn pierwszy, zawiera zawiesinę złota, w składzie następującym:

Aurosani 5,0
Ol. Paraffini 50,0. Mds. Zawiesina.
Płyn drugi:
Natr. Silic.
Ol. pini. silvest aa 5,0
Mentholi
Eucalyptoli aa 1,5
Ol. Paraffini 50,0. Mds. Zawiesina.

Na naszą prośbę Zakłady chemiczne Spiessa, obiecały oba te płyny, przygotowane w odpowiedni sposób, gwarantujący zachowanie trwałe poszczególnych składników, mieć stale u siebie na składzie. Wskazane powyżej ilości, wystarczają na dość długi okres czasu.

Inhalacje te przeprowadzaliśmy serjami, licząc na jedną 50 inhalacji, co przy codziennem stosowaniu, wymaga około 8 tygodni czasu. Sama zaś ilość serji zależała od indywidualnego stanu zdrowia chorego i wahała się od 1 do 5—6 serji. Pomiędzy każdą serją robiliśmy 1—2 tygodniową przerwę. Napozór z tego wydawać się może, że cała ta kuracja jest obliczona na stosunkowo długi okres czasu, należy jednakże tu zważyć, że mamy przy tych sprawach w lwiej części do czynienia ze sprawą przewlekłą, która dla wytworzenia dostatecznych przemian włóknistych, wymaga bezwzględnie dłuższego okresu czasu. Przy tej kuracji tlenowej, należy zwrócić uwagę, że ta kuracja wydaje się względnie droga: sam środek leczniczy, jednak mimo swej ceny nie wypada drogo, ponieważ ilość jego zużywana przy poszczególnej inhalacji jest stosunkowo niewielka, najdrożej wypada sprawa z użyciem tlenu, jednak i to nie przedstawia się zbyt groźnie, jeśli się zważy, że przy stosowaniu tych metod w miastach, gdzie istnieją fabryk tlenu, można go zdobywać po niewielkiej cenie. W ostateczności, można się posługiwać aparatem elektrycznym eksploatacja którego wypada taniej, jednak wobec dość słabego jego działania, jak już wspominaliśmy uległy b. wybitnemu zmniejszeniu się, pozostawiając tylko pojedyncze w szczytach płucnych. Dolne części obu płuc, były całkowicie wolne od rzężeń. Badanie krtani, dało wyraźne, oczyszczanie się owrzodzeń nagłośni jak również i znaczne zmniejszenie się obrzęku strun głosowych. Badanie rentgenologiczne, potwierdzało w zupełności wyniki poprzednie, dając odpowiedź na wytworzenie się w płucach zmian włóknistych, co przedstawiało się pod postacią intensywnego wzmożenia się cieni, w niektórych miejscach, zwlaszcza w niewielkich ogniskach, gdzie obecnie dookoła nich nastąpiło wyraźne obrączkowate obramowanie.

Przypadek 43.

Mężczyzna lat 43, przemysłowiec. Waga 80 kg, wzrost 165 cm. Zachorował w 1918 roku, podczas służby wojskowej, leczył się przez kilka miesięcy w Sanatorjum wojskowem; od tego czasu dość często się przeziębiał, mimo to czuł się zupełnie dobrze, pracował dość dużo, mieszkając przytem przy kopalni węgla. Pewnego dnia poczuł nagły stosunkowo i bardzo silny ból w prawem jądrze, które wkrótce uległo dość znacznemu obrzękowi. Badający wtedy lekarz, orzekł gruźlicę jądra i polecił je operacyjnie usunąć. Po tym zabiegu pacjent czuł się dość dobrze, gdy nagle zjawiła się rdzawa plwocina z obfitą ilością prątków gruźliczych. Chory począł miewać dość męczące duszności. Począł dużo kaszleć jak również i sporo odpluwać. Ciepłota podniosła się i prawie bez przerwy poczęła się utrzymywać na poziomie 38—39°. Badanie płuc, wykazało nieznaczne stłumienie w prawym szczycie jak również pewne obustronne zaostrzenie oddechu w obu płucach z wyraźnie przedłużonym wydechem, pokryty na całej przestrzeni płuc sporą ilością rzężeń wilgotnych, drobnobańkowych. W moczu tylko ślad białka. Opadanie krwinek, dość niskie, w ciągu godziny dochodziło do 60 podziałki. Chory czuł się bardzo słaby i wyczerpany. Przystąpiliśmy do kuracji inhalacyjnej, chory znosił ją bardzo źle, tak, że po kilku, postanowiliśmy je w zupełności zaprzestać. Prócz tego chory otrzymywał codzień zastrzyknięcia kamfory podskórnie. Chory mimo to, w dalszym ciągu czuł się coraz gorzej, tak, że zaleciliśmy mu wyjazd do domu.

Opisanych tych kilka przypadków, z możliwie szczegółowem streszczeniem historji choroby, daje dość wyraźny obraz wpływu, metody inhalacyjnej (złota) na zmiany gruźlicze znajdujące się w ustroju ludzkim. By możliwie więcej uzupełnić te wyniki, podamy rezultat otrzymany, przy pozostałych przypadkach, których niestety ze względu na obfitą obszerność tego materjału, nie jesteśmy w stanie na tem miejscu podać szczegółowo. Inhalacje metodą opisaną powyżej, przeprowadziliśmy u 53 osobników, u których same zmiany płucne były dość różnorodne: u 41 osobników otrzymaliśmy wynik dodatniego wpływu, u pozostałych natomiast 12 osobników, nie mogliśmy stwierdzić wyraźniejszego wpływu inhalacji, poza kilku przypadkami przejściowego i zbyt krótkotrwałego wpływu. Przeważnie ci osobnicy, u których nie osiągnęliśmy wpływu leczniczego, po stosowaniu inhalacji, rekrutowali się, bądź z osobników ze zmianami więcej ostrego przebiegu sprawy płucnej gruźliczej, bądź też ich zmiany płucne, mimo, że były charakteru więcej przewlekłego, to jednak ich ogniska płucne, były tak usadowione, czy też już częściowo poprzerastane, czy też otorbione, tkanką łącznotkankową, że przez to środek inhalowany

przez drogi oddechowe, miał w zupełności zamknięty dostęp do tych ognisk gruźliczych, i co zatem idzie nie mógł wywrzeć na nie jakiegokolwiekbądź większego działania, poza jedynie wpływem miejscowym, z wessania poprzez błonę śluzową oskrzeli. Znikoma jest ta liczba niepomyślnych wyników i stosunkowo zupełnie jest wytłumaczona, niewielką jest jednak i ilość przypadków z pomyślnym osiągnięciem wyników, mimo to jednak już tych kilkanaście wyników, pozwala wyciągnąć daleko idące wnioski i rościć pewne nadzieje, na korzystne działanie metody inhalacyjnej.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan JANKOWSKI, st. asystent. Lwów.

Anafilaksja (anaphylaxis), nadwrażliwość uczuleniowa (hypersensitivness) i stany pokrewne.

Z II-giej Kliniki Chorób Wewn. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Od dawien dawna znane były w medycynie i budziły zaciekawienie badaczy dziwne przypadki, gdzie pewne objawy chorobowe (np. pokrzywka) występowały po spożyciu pewnych pokarmów, zupełnie nieszkodliwych dla wszystkich normalnych ludzi. Dlaczego jednak te zupełnie niewinne pokarmy stają się chorobotwórczemi dla pewnych ludzi nie umiano sobie wytłumaczyć, a raczej pojęcia o istocie tego zjawiska były mętne i niedokładne. Dalsze spostrzeganie dorzucało coraz to nowsze szczegóły. I tak przekonano się, że nietylko spożycie ale nawet wdechiwanie a czasem samo zetknięcie się z pewnemi substancjami wywołuje u pewnych ludzi objawy chorobowe i to nietylko ze strony skóry ale nawet ogólne, jak zapad lub np. gwałtowne napady dusznicy. Tak poznano astmę sienną, gdzie napady występują w obecności pyłków roślinnych. Jeszcze Hyde Sydler podaje szereg spostrzeżeń, które jednak naonczas wydawały się tak dziwnemi, że aż mało wiarogodnemi i przeminęły bez echa. Dopiero badania ostatnich czasów Walkera, Widala, Frugoniego i wielu innych zajęły się dokładnie problemem tych zjawisk i oddały mu ważne miejsce w etjologji wielu spraw chorobowych.

Od czasów odkrycia przez Richeta anafilaksji przekonano się, że i u zwierząt możemy wywołać sztuczny stan, w którym takie przygotowane zwierzę oddziaływuje gwałtownie wstrząsem na dawkę obcej surowicy zupełnie nieszkodliwą dla zwierzęcia normalnego. Objawy tego wstrząsu są dość zależne od gatunku zwierzęcia; naogół widzimy: naprzód silne podniecenie a w chwilę potem zapad, spadek ciśnienia krwi,, zahamowanie akcji serca, duszność, wreszcie śmierć. Od czasów Richeta dzięki niesłychanie wielkiej ilości badań licznych autorów, prowadzonych po dziś dzień z wielkim zapałem poznaliśmy wiele szczegółów tego zjawiska, badania te rzuciły sporo światła na problem istoty anafilaksji, jednakowoż problem ten jeszcze dziś przedstawia pewne niejasności.

Przy stosowaniu ochronnych surowic przekonano się, że i u ludzi mogą występować bardzo groźne objawy wstrząsu. Problemem anafilaksji tak się entuzjazmowano, że patogenezę wielu chorób u ludzi starano się tłumaczyć w podobny do anafilaksji sposób. Badania w tym kierunku prowadzone doprowadziły do szeregu nowych pojęć pokrewnych anafilaksji, jak allergja, atopja i t. p. Istotę wspomianych na początku stanów spontanicznego uczulenia u ludzi łączono ściśle z problemem anafilaksji.

Zanim przejdziemy do omawiania stosunku, jaki istnieje pomiędzy anafilaksją doświadczalną u zwierząt, a stanami podobnymi, spotykanymi u ludzi, należałoby omówić pokrótce współczesny stan pojęć o anafilaksji.

Anafilaksja (rozodpornienie [1]) jest to stan, w którym zwierzę uczulone uprzednim zastrzykiem minimalnej dawki pewnej substancji, po upływie odpowiedniego czasu inkubacji reaguje wstrząsem na powtórny zastrzyk tej samej substancji w dawce, która jest zupełnie nieszkodliwą dla zwierzęcia nieprzygotowanego. Stan anafilaksji nie u wszystkich zwierząt wywołać możemy. Jakkolwiek niektórzy badacze podają, że pewne nieznaczne objawy uczulenia można obserwować nawet na izolowanych narządach żab, to jednak występowanie anafilaksji zdaje się być przywiąznem do ssaków i to tylko do niektórych. Najłatwiej jest wywołać anafilaksję u świnki morskiej, trudniej u królika, jeszcze trudniej u psa. Inne zwierzęta do badań nad anafilaksją zupełnie się nie nadają.

[1]) Wyraz rozodpornienie oznacza przeciwieństwo uodpornienia a raczej pozbawienie odporności; wyraz urobiony analogicznie do takich jak np. roz-brojenie, roz-pętanie.

Co do objawów wstrząsu, to charakterystycznem jest, że objawy te są zawsze takie same u zwierząt tego samego gatunku, bez względu na to, jaką substancją wywołujemy wstrząs. Natomiast u zwierząt różnego gatunku, objawy wstrząsu przedstawiają się nieco różnie. U świnki morskiej na pierwszy plan wysuwają się objawy duszności ze strony płuc, u psa zaś ze strony przewodu pokarmowego i ze strony wątroby, jak silne biegunki, powiększenie się wątroby, zatrucie produktami rozpadu powstałego w wątrobie. Należy podnieść, że dotychczas zajmowano się głównie najważniejszym przejawem stanu anafilaksji, mianowicie wstrząsem, jakkolwiek i poza nim stan ten objawia w interesujący sposób. Według badań Auera sama anafilaksja zdaje się zmieniać zdolność reagowania skóry na bodźce nieswoiste chemiczne. Przewłoczne podawanie białka, na które jest zwierzę uczulone w dawkach bardzo małych nie śmiertelnych powoduje duże charłactwo, lokalnie wywołuje nekrozę (objaw Arthusa).

W badaniach nad istotą stanu anafilaksji odkryto, że przyczyną tego stanu jest pojawianie się w ustroju pewnych nowych ciał t. zw. przeciwciał, które możemy wykazać w surowicy krwi zwierzęcia uczulonego. Przekonano się, że ciało to występuje dopiero po paru dniach po dawce uczulającej więc po okresie inkubacji, że ciała te są bezwzględnie potrzebne do powstawania wstrząsu, że podobnie jak już wcześniej znane toksyny i antytoksyny łączą się z substancją wywołującą wstrząs, czyli wywołaczem, tak w ustroju, jak i nawet poza ustrojem przy pomocy komplementu czyli dopełniacza. To łączenie się tych ciał powoduje rozpad wywoływacza, w ustroju zaś powoduje zaburzenia, których wynikiem jest wstrząs.

Jednym z najbardziej interesujących i najcharakterystyczniejszych przejawów anafilaksji jest jej swoistość t. zn. że objawy wstrząsu występują tylko po wstrzyknięciu tej substancji, którą zwierzę uprzednio uczulone zostało. Przyczyną tego jest fakt, że przeciwciało łączy się tylko ze swoim wywoływaczem a nie z żadną inną obcą substancją.

Ponieważ w istocie anafilaksji zasadniczą rolę odgrywają trzy wyżej wspomniane ciała: wywoływacz, przeciwciało i dopełniacz, chciałbym tu choć pokrótce przedstawić najnowsze dane co do natury tych ciał.

Wywoływaczami, a więc substancjami zdolnemi wywołać anafilaksję są tylko ciała o wielkiej drobinie, kolloidy rozpuszczalne w wodzie i to przeważnie białka. Trudno jest jednak przeprowadzić granicę pod względem chemicznego składu pomiędzy ciałami, które są zdolne wywołać i nie zdolnemi wywołać anafilaksję (Doerr). Z białek prawie wszystkie są wywoływaczami z bardzo nielicznymi wyjątkami, jak np. żelatyna. Jest ona bowiem białkiem niezupełnem, nie zawierającem pierścieni cyklicznych, które w tym przypadku odgrywają ważną rolę. Jak wspomniałem, objawy anafilaksji są w dużym stopniu specyficzne. Specyficzność ta jest według Picka przywiązana do tych pierścieni aromatycznych w białku. Gdy bowiem w pewnym białku wywołamy zmianę zapomocą azotowania, jodowania lub t. p. białko to traci swą pierwotną własność specyficzności. T. zn. że jeżeli uczulimy zwierzę np. azotownem białkiem A to zwierzę to będzie oddziaływało tylko na białko azotowane wogóle, a nie będzie reagowało na samo białko A. Ponieważ taka zmiana w białku dotyczy głównie pierścieni benzolowych w białku przez wstawienie tam N., J. lub innego ciała, przeto widzimy, że specyficzność jest związana głównie z pierścieniami benzolowymi danego białka Oppie i inni stwierdzili, że nawet działanie samego gorąca zmienia konfigurację fizyczną białka. Landsteiner i Presek sądzą, że swoistość jest przywiązana też do grup tworzących sole. Tak czy owak skład chemiczny danego białka zdaje się według Osborna a zwłaszcza Wellsa odgrywać bardzo ważną rolę w zjawisku specyficzności, ważniejszą nawet niż pochodzenie danego białka. Tak n. p. gliadyna, ciało białkowe zawarte w ryżu nie różni się pod względem chemicznym od gliadyny znajdującej się w pszenicy — pod względem immunologicznym zachowują się te dwa ciała jak jedno. — A na odwrót glutenina również białkowe ciało zawarte w pszenicy, różniąca się pod względem chemicznym od gliadyny zawartej w tejże samej pszenicy, wykazuje pod względem immunologicznym zupełne różnice.

Oprócz białek mogą być wywołaczami i inne ciała jak n. p. lipoidy. Much, Marden, Bergel, Meyers i inni donoszą, że udało im się wykazać przeciwciała dla lipoidów, lecz Pick i Schwer wykazali, że lipoidy wzmacniają antygeniczne własności ciał białkowych, tak, iż zachodzi słuszne podejrzenie, że dodatnie wyniki tych autorów polegały na drobnych zanieczyszczeniach białkowych, które dzięki wzmacniającemu działaniu lipoidów wywołują ciała ochronne. Jeżeli zważymy, jak mała może być dawka uczulająca, a mianowicie, według Wellsa już 0.00000005... krystalicznego białka wystarczy do wywołania anafilaksji, to zro-

zumiemy jak łatwe są tu pomyłki. Niektórzy badacze podają, że i inne ciała a nawet produkty rozpadu białka mogą być wywoływaczami, prawdopodobnie jednak odgrywały tu pewną rolę tylko zanieczyszczenia. Co do lipoidów to trzeba jeszcze podnieść, że odgrywają one ważną rolę w reakcjach serologicznych, immunologicznych i anafilaktycznych (próba Wassermanna). Jakkolwiek nie można apodyktycznie stwierdzić, że lipoidy nie mogą być wywoływaczami, to jednak trzeba zważyć, że pierwszą zasadą dla ciała które ma być wywoływaczem, jest to, że musi być kolloid obcy dla danego ustroju, a lipoidy są przeważnie te same u różnych stworzeń.

Dość odosobnione są badania Forda, który bezwzględnie czystym glykozydem z Ammanita falloides uzyskał przeciwciała u królików. Tuberkuliną, jak dotychczas, nie udało się uzyskać typowych objawów anafilaksji u zwierząt.

Muszę podnieść, że cały szereg wywoływaczy, któremi posługujemy sie w doświadczeniach a które można spotkać i w praktyce, jak surowice, mleko, białka, jaja są wywoływaczami złożonemi. Każde z tych ciał składa się z szeregu pojedynczych białek czystych, a każde z tych białek wywołuje osobne ciała ochronne i to nie równomiernie i nie równocześnie. Po zastrzyku n. p. surowicy najsilniej działa euglobina, a anafilaksja na euglobinę występuje wcześniej niż na albuminę. Podobnież mleko zawiera szereg białek rozmaicie działających na ustrój. Dlatego też przy chorobie posurowiczej możemy mieć czasem 3—4 erupcji. Doerr nazywa to interferometrją.

Odnośnie do chemicznego składu przeciwciał[1]) (anticorps, antibody), trudno coś pewnego powiedzieć. Wiemy tylko to, że związane są one do pewnego stopnia z frakcją globulinową, działają one jednak już w tak drobnych ilościach, że trudno operować tu czystemi preparatami (podobnie jak to się ma sprawa z ensymami lub insuliną). Że w rozodpornieniu odgrywają ważną wprost zasadniczą rolę, podobnie jak w immunizacji, przeciwciała, które znajdują się we krwi, wskazuje na to fakt t. zw. biernej anafilaksji, którą u nieuczulonego zwierzęcia możemy wywołać przez wstrzyknięcie paru centymetrów krwi lub surowicy zwierzęcia uczulonego, choćby nawet różno-gatunkowego. Zwierzę takie po paru godzinach reaguje wstrząsem na swoisty wywoływacz. Wydatność surowicy pod względem zdolności wywołania biernego rozodpornienia jest wprost proporcjonalna do zawartości precypityn (które możemy titrować). Oppic przypuszcza że ciała odczynu są identyczne z precypitami i ciałami wiążącemi dopełniacz. Wogóle wiązanie komplementu i rozkład antygenu są to prawdopodobnie poszczególne stadja jednego i tego samego procesu i mechanizmu w swej pierwotnej zasadzie obronnego przed obcem białkiem. Z naszego punktu widzenia ważny jest fakt, stwierdzony niejednokrotnie, że surowica zwierzęcia uczulonego bardzo małą dawką wywoływacza, może nie wykazywać obecności ciał odczynu i nie być zdolną do wywołania biernej anafilaksji, mimo, że samo zwierzę jest w wysokim stopniu rozodpornione i gwałtownie reaguje na swoisty wywoływacz. Prawdopodobnie w takich przypadkach ciała odczynu są tylko w tkankach, choć niema ich we krwi, a to dla anafilaksji jest sprawą zasadniczą. Ciała odczynu pojawiają się prawidłowo przy czynnem rozodpornieniu we krwi zwierzęcia w odpowiedniej ilości mniej więcej w 8 dni po dawce uczulającej, w 15 do 30 dni są one najliczniejsze, po tym okresie powoli znikają, jednakowoż w niektórych przypadkach w małej ilości pozostają przez całe życie.

Dopełniacz (komplement) jest to czynnik trzeci bezwzględnie potrzebny do powstania zjawisk tak immunologicznych jak i anafilaktycznych. Według dawno wypowiedzianego zdania Bordeta właśnie komplement czyli alleksyna jest tym czynnikiem, który powoduje rozpad antygenu czy bakterji. Przeciwciało zaś jest tylko tem specyficznem ciałem, które nie specyficznemu komplementowi daje punkt zaczepienia o wywoływacz i umożliwia działanie rozkładające. Działanie dopełniacza zależy od całego szeregu warunków i czynników, jak stan kolloidalny chemiczny i struktura środowiska.

Komplement jest podobnie jak enzymy czuły na gorąco. A i pod względem pewnych cech działania, swego jest bardzo podobny do rozkładającego działania enzymów. Różni się od nich tem, że wchodzi w reakcję według ścisłych praw proporcji, jednak i to zjawisko może być tylko pozorne, boć zdaża się czasem i przy enzymach, że produkty rozpadu powstające przy działaniu enzymów unieczynniają te ostatnie, co robić może wrażenie, jakoby fermenty się wyczerpały i stosowały się do praw proporcji[2]).

[1]) Właściwszą wydaje mi się zamiast przeciwciała nazwa ciała odczynu.

[2]) Northrop: Journal of Gen. Physiol. 1920. 2. 471.

Komplement jest to czynnik zupełnie nie swoisty, bo przynajmniej w reakcji „in vitro" można go zastąpić każdą inną surowicą bez względu na gatunek zwierzęcia. Istnieje we krwi prawie w niezmiennej ilości, nie zwiększa się przy uodparnianu. Przy odczynach „in vivo" wyczerpuje się i nawet znikać może (stwierdziłem to np. przy wstrząsie peptonowym u psa), jednak ogromnie szybko prawie natychmiast, regeneruje się do swej pierwotnej ilości. Przypomina to zachowanie się niezmienne, względnie szybko się regulujące stężenia jonów wodorowych, które ze swej strony w reakcjach serologicznych odgrywa ważną rolę. Najważniejszem miejscem powstawania komplementu są leukocyty, jakkolwiek i każda tkanka może go produkować w małej ilości. Przypomnieć tu należy że właśnie leukocyty są jedynemi komórkami w ustroju, które zawierają w większej ilości fermenty heteroproteolityczne. Pod względem struktury chemicznej jest komplement zupełnie nie zdefinjowany ściśle, prawdopodobnie związany z kolloidami, — podobnie do enzymów niszczy się przy wstrząsaniu. Składa się z trzech części związanych z albuminową, globulinową i euglobulinową frakcją surowicy. Co do dalszych własności tego czynnika Hektoen podaje, że można go unieczynnić przez pewne jony np. Ca, Mg, dalej przez kwasy tłuszczowe i przez promienie ultra-fioletowe. Nawet pewne ciała, które mogą znajdować się w surowicy w dostatecznej ilości jak Co_2, kwas mlekowy, aceton przeszkadzają działaniu komplementu. Interesujące są badania Silbermanna, który sporządził sztuczny komplement z mieszaniny oleatu sodowego, białek (globulin) i soli wapniowych. Komplement ten działał zupełnie dobrze i nie był unieczynniany przez ciepło. Wogóle w reakcjach serologicznych (in vitro) pewne ciała, zwłaszcza lipoidy, mogą nam markować czy to ciała ochronne, czy komplement, jednakowoż te sztuczne odczyny, jakkolwiek na oko zupełnie podobne, to jednak w swej istocie zdają się być zupełnie odmienne od prawdziwych procesów immunologicznych czy anafilaktycznych zwłaszcza in vivo.

Te trzy wyżej opisane ciała odgrywają zasadniczą rolę w anafilaksji. Wywoływacz pod wpływem odpowiedniej surowicy ulega rozkładowi, strawieniu, na ciała aminowe, które jak w reakcji Abderhaldena można przefiltrować przez błonę półprzenikliwą, i chemicznie wykazać. Jednak okazało się, że przy małych ilościach wywoływacza tych produktów rozpadu jest znacznie więcej, niżby mogło powstać z samego wywoływacza i przekonano się, że rozkładowi ulegają same białka surowicy. Tak więc produkty trujące przy wstrząsie powstają z samego ustroju przez działanie aleksyny. Tem, że ten produkt rozpadu powstaje zawsze w ten sam sposób i z tego samego źródła, tłómaczyć sobie możemy, dlaczego objawy anafilaksji są zawsze te same, bez względu na jakość wywoływacza i swoistych przeciwciał. Wogóle przyznać się musimy, że jakkolwiek znamy cały szereg szczegółów nawet bardzo istotnych, dotyczących rozodpornienia i wstrząsu, to jednak istota tych stanów i objawów pozostaje jeszcze dla nas do pewnego stopnia zagadką, a w zapatrywaniach na te kwestje panuje jeszcze dotychczas znaczna rozbieżność. Zasadnicza rozbieżność panuje w zagadnieniu, czy wstrząs powstaje na drodze humoralnej wskutek połączenia ciała odczynu z dopełniaczem i wywoływaczem we krwi względnie wskutek następowego trawienia białka, czy też wskutek zaburzenia równowagi kolloidów, czy wreszcie jest wynikiem procesów przebiegających wprost w komórkach. Pierwsze zapatrywania głoszone głównie przez Friedbergera, odkrywcę anafilotoksyny, traci coraz więcej zwolenników na rzecz ostatniego zapatrywania, które postawili Dale, Weil, Wels, Doerr. Objawy i występowanie wstrząsu są tego rodzaju, (brak objawów anatomicznych, bardziej widocznych na autopsji, nagłość występowania i t. p.), że możemy przypuszczać, iż mamy tu do czynienia z zatruciem, przez nagle powstający jad. Wobec tego że objawy wstrząsu są zawsze te same, bez względu na to jakiego używaliśmy wywoływacza, to ten przypuszczalny jad musiałby być zawsze ten sam. Już Vaughan stwierdził, że każde białko gotując z alkoholowym roztworem sody żrącej możemy rozłożyć na produkt w wysokim stopniu trujący, rozpuszczalny w alkoholu, nie rozpuszczalny w alkaljach. Otóż o ile wstrzykniemy zwierzęciu tą trującą frakcję białka, otrzymamy objawy zatrucia zawsze te same, bez względu na to z jakiego białka ta frakcja pochodzi, i to objawy nadzwyczaj podobne do wstrząsu anafilaktycznego. Z drugiej strony, jak wyżej wspomniałem, przez zmieszanie wywoływacza z ciałem odczynu i alleksyną otrzymujemy rozkład białka. Na podstawie tych spostrzeżeń, a dalej na podstawie badań Abderhaldena nad tak zwanemi ochronnemi fermentami, wyłoniły się zapatrywania, że przy wstrząsie mamy do czynienia z nagłym rozpadem białka wskutek trawienia przez enzymy, dzięki uczulającemu działaniu swoistego ciała odczynu, i zatruciem produktami tego rozkładu. Zapatrywanie to uzyskało podstawę dzięki odkryciu

Friedbergera, który stwierdził, że jeśli mieszamy wywoływacz z surowicą zwierzęcia rozodpornionego (ciało odczynu i komplement), to z mieszaniny tej powstaje jad, który wywołuje typowy wstrząs. Jad ten nie jest toksyną, bo nie wywołuje anytoksyn, znika przy 65 stopniach. Bez udziału dopełniacza jad ten nie powstaje. Jad ten nazwał Friedberger anafilotoksyną.

Precipitacja i tworzenie anafilotoksyny mają być to fazy jednego i tego samego procesu. Anafilotoksyna ma powstawać przez następowe rozpuszczenie precipitatów dzięki działaniu enzymów. Tak więc tworzenie anafilotoksyny należałoby do procesów „litycznych" humoralnie przebiegających.

Niektóre badania Rosenowa wskazują, że wogóle hydroliza białka, o ile tylko nie zadaleko poszła, daje produkty trujące. Zbyt dokładna hydroliza rozkłada sam jad na nietrujące składniki.

(C. d. n.).

OCENY.

Wydawnictwa Związku Uzdrowisk Polskinch. Warszawa 1928. Tom. I. Technika zabiegów wodo- i cieplolecznicrych napisał Dr. L. Dydyński (str. 120).

Bardzo potrzebne u nas dziełko omawia szczegółowo sposób przyrządzania wszelkich zabiegów wodoleczniczych tak w zakładzie kąpielowym jak też i przy łóżku chorego, a więc różnorodne kąpiele całkowite, półkąpiele i kąpiele częściowe, zlewania, natryski, nacierania i zmywania, kocowanie, opaski t. d. Opisy są szczegółowe i wyczerpujące tak, że zapobiegają wszelkim nieporozumieniom i błędom, częściej spotykanym. Dział drugi, obejmujący zabiegi ciepłolecznicze, objaśnia sposób stosowania kąpieli gorących, koców gorących, łaźni parowych rozmaitego systemu, łaźni powietrznych, natrysków gorącem powietrzem, kąpieli świetlnych, piaskowych i borowinowych. Omówione są tu znowu zarówno zabiegi wymagające wielkiej aparatury jak wykonalne w najskromniejszym domu, co czyni tę książkę interesującą i pożyteczną zarówno dla lekarza zakładowego jak i dla każdego praktyka, a niezbędną dla szkolenia sił pomocniczych kąpielowych. Brak znajomości techniki zabiegów jest najpospolitszą przyczyną zaniedbywania hydroterapji poza zakładami leczniczemi. Praca znanego hydroterapeuty powinna temu kres położyć. Książkę objaśnia 35 dobrych rycin.

Tom. II. Ustawa o Uzdrowiskach wraz z rozporządzeniami wykonawczemi i przepisami pokrewnemi. Opracowali K. Prökl iDr. J. Horszowski (stron. 160).

Na całość dzieła składa się tekst autentyczny ustawy o uzdrowiskach z 23 marca 1922, rozporządzenie ministerjalne z 19 listopada 1923 w przedmiocie przepisów sanitarnych dla uzdrowisk, jedenaście wyciągów z rozporządzeń i ustaw w przedmiotach dotyczących uzdrowisk, wzory statutów i wiele innych pouczeń prawnych, które muszą być znane właścicielom uzdrowisk, członkom komisji uzdrowiskowej, właścicielom will i przedsiębiorstw w uzdrowiskach, przedsiębiorstwom eksploatacji wód mineralnych, gminom, które wchodzą w obręb uzdrowisk i adwokatom, zastępującym sprawy tyczące uzdrowisk. Komentarze i odnośniki ułatwiają korzystanie z obfitego materjału prawnego.

Sabatowski.

L. Pellissier: *L'hypertension artérielle solitaire.* Masson et Cie Paris 1927. *(Nadciśnienie tętnicze samoistne).* Fr. 30.

Autor [1]) przedkłada wyniki studjów nad sprawą nadciśnienia samoistnego — w Niemczech *Hypertonia essentialis* zwanego — na podstawie 60 dokładnie zbadanych przypadków. Część obejmująca klinikę, zawiera szczegółowo skreśloną symptomatologję: duszność, bóle prekordjalne, bóle głowy, kołatania serca, zaburzenia wzrokowe (wyczerpująco skreślone), zawroty, krwotoki, zaburzenia słuchu i t. d. Odrębne rozdziały poświęcone są szczegółowemu opisowi objawów ocznych i nerwowych. Badanie chorego objąć powinno ścisłe zbadanie układu sercowo-naczyniowego, zbadanie czynności nerek, wyczerpującą etjologję. Do mierzenia ciśnienia zaleca oscillometr Pachon'a i sfignomanometr Vaquez'a — oznaczając zarówno maksimum jak i minimum. Wspomniawszy możliwe błędy, szczegóły wysłuchowe (zaostrzenie drugiego tonu nad t. główną, rozróżnianie tonu wzmocnionego od dźwięcznego „claquement simple'a „clangor"), szczegóły radjologiczne, próby wydolności nerek, skreślenie typów klinicznych, — zastanawia się nad podstawami rokowania, a temi są:

I. Dane sfignomanometryczne.

II. Nagłe zmiany ciśnienia tętniczego (fizjologiczne i chorobowe).

III. Wiek chorych.

IV. Czynniki etjologiczne (kiła, okres przekwitania).

V. Wyniki uzyskane badaniem narządu krążenia (często-skurcze, niemiarowości, elektrokardjogram i t. d.).

Wniosek autora mało pocieszający:

Dla rokowania chwilowego wartość prognostyczną może mieć ciśnienie bardzo znaczne; wahania a przedewszystkiem nagłe, uzasadniają obawę krwotoku mózgowego. W rokowaniu na dalszą metę rozstrzyga stwierdzenie objawów osłabienia serca. Jedynie dłuższe spostrzeganie chorego a więc czas, — daje wskazówki.

Króciutki rozdział drugi daje zestawienie 3 typów nadciśnienia: typ cofającego się nadciśnienia, typ stałego, wreszcze typ postępującego nadciśnienia.

Rozdział trzeci omawia czynniki etjologiczne nadciśnienia samoistnego. W sprawie udziału kiły twierdzi autor, że ilość syfilityków wśród hipertoników nie jest większa od ilości wśród ludności „normalnej". Do powstania krwotoków mózgowych u ludzi młodszych nie wystarcza nadciśnienie, potrzebne są jeszcze zmiany naczyń, najczęściej swoiste, — chorzy z nadciśnieniem, dotknięci kiłą, są też bardziej narażani na krwotoki mózgowe, — twierdzenie, że kiłowi dotknięci hipertonią dobrze ją znoszą jest mylne; wątpliwym jest też skutek leczenia przeciwkiłowego (str. 74); typu „nadciśnienia kiłowego" nie ma, — tyle można stwierdzić, że pojawia się wcześniej u ludzi młodych. Nadciśnienie w związku z okresem przekwitania zwyczajnego czy też po trzebieniu na ogół bywa miernego stopnia „milczące" *(moderé et silencieuse)* i dotyczy zaledwie 25% ogółu kobiet okresu tego, i niestałe. Stałe zaś nadciśnienie u kobiety okresu tego jest schorzeniem odrębnem, swoistem podczas gdy owo niestałe nadciśnienie dostępne jest leczeniu opoterapeutycznemu. W sprawie stosunku cukrzycy do nadciśnienia oświadcza autor, że obie sprawy nie są zależne od siebie; cukrzyca nie jest czynnikiem etjologicznym samoistnego nadciśnienia, — co najwyżej bywa objawem towarzyszącym, — nie należy też zwyczajną glikozurję uważać za cukrzycę. Alkoholizm, tytoń, ołów jako czynniki etjologiczne nadciśnienia, nie odgrywają roli bezpośredniej. W przeważnej ilości przypadków ani kiła, ani okres przekwitania ani żaden inny etjologiczny czynnik nie tłumaczy nam dostatecznie nadciśnienia tętniczego samoistego, *(hypertension artérielle pure)*, — stąd też i nazwa *hypertonja essentialis, hypertension solitaire* autora (66% na 1000) jest odrębną postacią chorobową, skazą samoistną.

Czwarty rozdział krytyczny, zawiera przegląd teorji względnie hipotez patogenetycznych przedmiotu; obejmuje dowody kliniczne, doświadczalne, anatomiczne i biologiczne. Wniosek (co do teorji nerkowej): nerka nie może być uważaną jako narząd wytwarzający nadciśnienie samoistne, zwane „essencjalne", niewątpliwie zaś istnieją przypadki nadciśnienia, które chronologicznie i logicznie zależą od schorzenia nerek.

Teorja „nadnerczna" stanowi treść drugiej części rozdziału. Przeszło 25 lat temu sądzono, że nadciśnienie pochodzi z wzmożonej wydzielniczej czynności nadnerczy. Zestawiwszy krytycznie wszystkie dotychczasowe dane przychodzi autor do konkluzji że nadnercza niewątpliwie odgrywają pewną rolę w samoistnem nadciśnieniu, jednak zawsze w związku z innymi czynnikami. Ostatnia, trzecia część tego rozdziału zajmuje się trzecią teorją nadciśnienia samoistnego, t. j. pochodzeniem naczyniowem. Wspomniawszy rok 1872, w którym Gull i Sntton pierwsi wystąpił z teorją arterio-capillarofibrosis, przechodzi autor wszystke fakty odnoszące się do „arterio-sclerosis-generalisata, arterio-sclerosis localisata, arteriolosclerosis", opierając się częściowo na własnych doświadczeniach; zastanawia się nad kwestją skurczu czy też zmian anatomicznych, naczyń włosowatych, nad pojęciem „hypertonia" i t. d. i w końcu oświadcza: z trzech wielkich teorji patogenetycznych: nerkowej, nadnerczej i naczyniowej, żadna sama przez się nie tłumaczy nadciśnienia. W rozdziale piątym znajdujemy szczegółowy rozbiór mechanizmu regulującego ciśnienie tętnicze z szczególnem uwzględnieniem prac najnowszych, które wykonali: Franck, Hallion, Delezenne, Hedon a przedewszystkiem Tournade i Chabrol, oraz cały szereg innych badaczy. Zdaniem autora drogą prowadzącą do celu będą jedynie badania w dwóch kierunkach: w dziale układu nerwowego oraz w zakresie zmian humoralnych krwi; należy zbadać u hypertoników zaburzenia w narządach kierujących i przenoszących grę regulującą ciśnienie. Nową tę orjentację przedstawia autor w rozdziale szóstym na podstawie własnych badań klinicznych, fizjologicznych, chemicznych, przemiany materji i t. d. szczegółowo opisanych, obejmujących kilkadziesiąt stronic.

---

[1]) Autor jest jednym z 3 współwydawców dzieła omawianego przez sprawozdawcę niedawno w P. G. L. pod tytułem: *„Les syphilis viscérales par Grenet, Levent, Pelissier".*

Wnioski opiewają:

I. Istnieje postać nadciśnienia tętniczego niezależnego od wszelkich uchwytnych zmian narządów w szczególności zmian w nerkach lub w naczyniach. To swoistne nadciśnienie stanowi schorzenie samoistne i pierwotne.

II. Kliniczna postać jest już znaną — 60 przypadków autora dokładnie zbadanych pozwoli ustalić szczegóły — częstość równa u mężczyzn i kobiet w wieku około czterdziestki: cechujące stale objawy duszności, bóle przedsercowe, bóle głowy, częstość zaburzeń (éclipses) ocznych lub nerwowych. Objawy te dotyczą hipertoników o średniem nasileniu. Czasem występują krwotoki mózgowe lub niewydolność m. sercowego. Ten rodzaj nadciśnienia samoistnego chyba wyjątkowo prowadzi do niedomogi nerkowej.

III. Etjologja jest mało znaną.

IV. Etjologji nieustalonej odpowiada też ciemna patogeneza.

V. Nasuwają się nowe poszukiwania etjologiczne oparte na zbadaniu mechanizmu regulującego ciśnienie a zależnym od czynnika nerwowego przedewszystkiem wegetatywnego, czynnika humoralnego w szczególności nadnerczowego. Przez studjowanie odruchu oczno-sercowego, odruchu plexus solaris, próby adrenalinowej a zwłaszcza atropinowej dożylnej i t. d. stwierdzono stale dystonję wegetatywną nerwu współczulnego i parasympatycznego. Ponadto zaburzenia metabolizmu humoralnego, niewątpliwie dały się stwierdzić. Metabolizm cholesterynowy jest zmieniony, — również węglowodanowy; zaburzenia stanu fizyko-chemicznego krwi są objawem stałym (przyspieszenie znaczne sedymentacji krwi).

VI—VII. Nadciśnienie samoistne uważa autor jako wyraz zaburzeń metabolizmu humoralnego, niewątpliwie zależnych od zmienionej czynności gruczołów dokrewnych; nasuwa się analogja z skazami jak dna, otyłość, przedewszystkiem cukrzyca, której towarzyszy też często nadciśnienie samoistne.

Na zakończenie podaje autor w streszczeniu historję choroby 60 przypadków nadciśnienia samoistnego. Oprócz wyników badania klinicznego, podane są prawie u każdego chorego wyniki badań dodatkowych, mocznika krwi, chlorków krwi, próby dożylnej sulfofenolftaleiny, glykemji, opadania krwinek i t. d. krzywe oscylometryczne, próby atropinowej i w. in. Zestawienie piśmiennictwa obejmuje 249 prac.

W całości praca daje doskonały pogląd na kwestje nadciśnienia samoistnego — a hipotezy autora należy przyjąć, jako hipotezy torujące drogę dalszym badaniom.

Pisek (Lwów).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Wydawanie z aptek sacharyny. Ministerstwo Skarbu pismem z dnia 9 czerwca r. b. L. D. VI. 2478/3/28 zawiadomiło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, że apteki mogą wydawać sacharynę nietylko na zasadzie oryginalnych recept, lecz i na zasadzie odpisów z tych recept (sygnatur), z tem jednak zastrzeżeniem, że każda ekspedycja musi być wciągnięta do księgi kontroli obrotu sztucznych środków słodzących, wymaganej przepisami rozporządzenia z dnia 7 grudnia 1927 r. (Drz. U. R. P. Nr. 117 poz. 1008), a odpisy recept (sygnatury) przechowywane narówni z oryginalnemi receptami.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 20, z 15 października 1928: Bujwid: Znaczenie praktyczne spostrzeżeń z ostatnich dziesiątków lat w dziedzinie bakterjologji (bakterjofag, antyvirus, B. C. G.). — Z. Dziembowski: II Międzynarodowy Zjazd radjologów w Stockholmie. — Wernic: Polski projekt ustawy walki z chorobami wenerycznemi i nierządem.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom III, nr. 1 za kwiecień, maj, czerwiec 1928: A. Leśniowski: Nowotwory kiszki grubej. — B. Szarecki: Nowotwory wyrostka robaczkowego. — M. Rosnowski: Fizyko-chemja choroby raka. — Walka z rakiem w Polsce. — Walka z rakiem zagranicą.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom III, nr. 2, za lipiec, sierpień, wrzesień 1928: J. Flaks: Wpływ tarczycy na wzrost mięsaka szczurzego. — A. Pruszczyński: Nabłonkowiec złośliwy jądra z zawiązkami ciała Wolffa. — St. Hurwicz: Obraz drobnowidowy, a „złośliwość" nowotworów. — Walka z rakiem w Polsce. — Nekrolog ś. p. Dr. Aleksandra Zawadzkiego. — „Dni zdrowia".

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 43, z 21 października 1928: H. Weiss: Uwagi krytyczne o otrzymywaniu i unormowaniu Opium concentratum podług Ph. G. VI. — Nowe leki. — Z historji niektórych leków chemicznych i galenowych. — Z praktyki zawodowej. — Sprawy zawodowe.

Higjena życia codziennego, rok III, nr. 10, z 15 października 1928: Rozmaite praktyczne artykuły popularne z dziedziny higjeny życia codziennego.

Przemysł chemiczny, rok XII, nr. 10, z października 1928: St. Pawlikowski: Rozdzielanie emulsyj prądem zmiennym wysokiego napięcia. — W. Świętosławski i M. Chorąży: O chłonności par pirydyny przez odmiany górno-śląskiego węgla kamiennego. — A. Hirszowski: Zatrucia zawodowe przy fabrykacji barwników smołowych i produktów przejściowych oraz sposoby zapobiegania takowym (c. d.).

Dziecko i matka, rok III, nr. 20, z r. 1928: F. Kruszewska: Duduś i liście. — S. Lewartowicz: O dzieciach, które się nie bawią (Introwertycy). — N. Jastrzębska: Jak uczyć dziecko oszczędności, (Pieniądze). — E. Szelburg-Zarembina: Żywa woda. — W. Borudzka: Jak fotografować dzieci. — M. Sopoćko-Wąsowiczowa: Wychowanie estetyczne (I — układanki). — M. Biernacka: Kąpiele i mycie głowy. — W. L. Jastrzębski: Odżywianie w ciąży. — F. Ks. Cieszyński: O mierzeniu ciepłoty. — Matki między sobą. — Obiady dla dzieci.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 36, z 25 października 1928: W. Zawadowski: O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach (dok.). — J. Kerszman: W sprawie obustronnych obwodowych zwężeń pola widzenia pochodzenia nosowego. — B. Goldstein: O nieżytach pospolitych jelita grubego (Streszcz. zbior.), (dok.). — M. Skokowska-Rudolfowa: Zagadnienie szpitalnictwa gruźliczego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XIV. Nr. 6.

J. R. Fraser (Montreal, Quebec): *Jajniki w rozmiękaniu kości.* Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że w cierpieniu tem występują zaburzenia w całym zespole gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak główną rolę odgrywają jajniki. Dowodzą tego poprawy i wyleczenia po wytrzebieniu i brak wynika po leczeniu innemi sposobami, a także obecność tkanki w jajniku, która ma specjalne przeznaczenie i nadmierny rozwój naczyń.

R. T. Frank, S. H. Geist (New York, N. Y.): *Nowy sposób wytworzenia sztucznej pochwy.* Pochwę tworzy się z płatu skórnego z dośrodkowej powierzchni lewego uda. Dwa równoległe 7 cali długie cięcia, oddalone od siebie o 3 cale. Brzegi tego płatu zszywa się w ten sposób, że strona pokryta tłuszczem przychodzi do wewnątrz, następnie łączy się zewnętrznie brzegi skóry pod płatem. Po 2 tygodniach rozdziela koniec distalny płatu zeszytego w kształcie rury z pozostawieniem tylko małej części.

Następnie tworzy się kanał pomiędzy cewką moczową i pęcherzem moczowym a kiszką stolcową bez otwierania otrzewnej, odziela się zupełnie resztę płatu w części distalnej, rozcina się płat w linji szwu, wycina wewnątrz bliznę, obraca płat na podstawie blizko granicy włosów wargi większej o 180° i wynicowuje płat nad wziernikiem rurkowym tak, aby powierzchnia pokryta nabłonkiem zwrócona była do wewnątrz i przylegała do wziernika. Razem z wziernikiem wprowadza się płat w oznaczone miejsce, a brzegi płatu zszywa się ze skórą sromu. Po tygodniu wyjmuje się wziernik i odcina proxymalną część płatu. Następnie przez kilka miesięcy rozciąga się tę wytworzoną pochwę, zapomocą rozszerzadeł.

Autorowie opisują dobry wynik tej operacji u 26 letniej kobiety. Nowowytworzona pochwa była 4 cale długa i drożna dla 2 palców.

R. L. Dickinson (New York, City): *O pewnym okresie czasu, który możnaby zużytkować dla oznaczenia czasu porodu.* Na podstawie niemieckich i angielskich autorów, jakoteż i własnych doświadczeń dochodzi autor do przekonania, że niema takiego okresu w ciągu miesiąca, w którym pewne kobiety nie mogłyby zajść

w ciążę. Względnie najmniej zachodzą kobiety w ciążę w ostatnim tygodniu przed miesiączką. Każda kobieta przechodzi dłuższe lub krótsze okresy bezpłodności, czas jednak jej występowania i trwania jest zależny od nieuchwytnych przyczyn indywidulnych. Doświadczeń na zwierzętach i ich wyników nie można przenosić wprost na ludzi. Najbardziej zdolna do zajścia w ciążę jest kobieta po miesiączce, a szczyt tej zdolności przypada na 8—10 dni po miesiączce. W czasie miesiączki zdolność zajścia w ciążę jest stosunkowo znaczna, gdyż spostrzeżenia wykazują 13% ciąży po jednorazowem spółkowaniu w czasie miesiączki. Na podstawie drobnowidowych badań jajników przekonano się, że termin jajeczkowania wypada między 14 a 19 dniem. Zmiany rytmu w ruchu trąbek i w błonie śluzowej trąbek i w posuwaniu się jaja spostrzegano do 22 dnia. Wykazano również, że najsilniejszy popęd płciowy przypada właśnie na okres w którym możliwość zajścia w ciążę jest najmniejsza t. j. w ostatnim tygodniu przed miesiączką.

E. A. Horowitz — T. T. Kuttner (New York. N. Y.): *Bilirubina krwi w ciąży zewnątrzmacicznej.* Badania przeprowadzono metodą Van den Bergh'a, a materjał obejmywał 15 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, po poprzedniem ustaleniu ilości bilirubiny we krwi 98 chorych na inne cierpienia kobiece. Przekonano się, że na oznaczaniu ilości bilirubiny we krwi nie można opierać rozpoznania, gdyż w kilku przypadkach silnych krwawień z pęknięte] ciąży zewnątrzmacicznej ilości te były niższe aniżeli prawidłowe.

T. W. Adams (Portland, Oregon): *Bóle krzyżów ze stanowiska położniczo-ginekologicznego.* Materjał autora obejmuje 943 kobiet, z których przeszło 24% uskarżało się na bóle krzyżów. Z nich 4,5% nigdy nie było w ciąży, zaś u 3,1% bóle te wystąpiły dopiero w ciąży. Jako najczęstsza przyczyna występuje tylko pochylenie macicy (24,4%), następnie zła podstawa ciała, ogólne osłabienie i wychudnięcie, które w 13, 8% przypadków łączy się ze zwiotczeniem tkanki łącznej miednicy, co bywa powodem obniżenia macicy. Rzadszą przyczyną są: włóknikowata macica, schorzenia części pochwowej i szyi (7,8%) i zapalenia małej miednicy (6.3%). Bardzo rzadko występuje ból krzyżów z powodu torbieli jajnika, ciąży zewnątrzmacicznej, zapalenia miedniczek nerkowych itp. Jakkolwiek wiele z tych przyczyn udało się usunąć, to jednak nie zawsze wraz ze znikaniem przyczyny ustępowały bóle. Byłoby to dowodem pomyłki rozpoznawczej.

Ch. G. Levison — M. Wolfson (San Francisco, Calif): *Uterus didelphys.* Opis przypadku podwójnej macicy u 38-letniej kobiety, operowanej z powodu zapalenia przydatków, która była już raz, przed 14 laty operowana z powodu włókniaków macicy i zapalenia ślepej kiszki. Usunięto wówczas prawą trąbkę, włókniaki i wyrostek robaczkowy.

S. A. Cosgrove (Jersey City, N. Y.): *Znieczulenie rdzeniowe w położnictwie.* Autor uważa znieczulenie rdzeniowe nowokainą w odpowiedniej dawce i po należytem opanowaniu techniki jako zupełnie nieszkodliwe. Jedynem przeciwwskazaniem jest nadmierne niskie ciśnienie krwi.

W pierwszym okresie porodowym znieczulenie nie może mieć praktycznego zastosowania zpowodu zbyt krótkiego trwania. Natomiast pod koniec drugiego okresu sprowadza zwiotczenie części miękkich i może sprawić, że nacięcie krocza staje się niepotrzebne.

W operacjach połączonych z otwarciem jamy brzusznej znieczulenie wykazuje te same zalety, które spostrzegano w ogólnej chirurgji, a mianowicie: zupełne znieczulenie, zwiotczenie mięśni i trzewów, ograniczenie krwawienia, zmniejszenie wstrząsu operacyjnego i polepszenie przebiegu pooperacyjnego.

Autor sądzi, że piśmiennictwo zbyt mało zajmuje się dodatniemi stronami tej metody, która nadaje się przedewszystkiem w tych przypadkach, w których ogólne uśpienie jest szkodliwe jak np. w zatruciach ciążowych i drgawkach porodowych, gdzie znieczulenie to może mieć doniosłe znaczenie dla życia matki i płodu.

Ch. Mazer (Philadelphia, Pa): *Zwężenie moczowodów.* Badanie urologiczne znacznej liczby chorych cierpiących na przewlekłe bole w jamie brzusznej z niedającej się wykryć przyczyny, wykazało, że w 50% tych przypadków przyczyna ta znajdowała się w drogach moczowych. Cewnikowanie moczowodów powinno odbywać się z tą samą dokładnością i aseptyką co i duże operacje.

Systematyczne badanie moczowodów, zwłaszcza w przypadkach niejasnych często wykazuje ich zwężenie. O ile zwężenie to połączone jest z wodonerczem lub nagromadzeniem się płynu jałowego w moczowodzie, nie ma trudności w ocenie przyczyn i skutków, jak to bywa w przypadkach zakażonych.

Rozpoznanie i leczenie zwężenia moczowodu opiera się na następujących danych: 1) występują trudności w przeprowadzeniu cewnika Nr. 6. — 2) Po wprowadzeniu płynu do miedniczek nerkowych występuje zaostrzenie istniejącego stanu. — 3) Ureterogram wykazuje rozszerzenie moczowodu ponad miejscem zwężenia. — 4) Ureterografję należy robić po usunięciu cewnika, aby uniknąć sztucznego rozszerzenia moczowodu. — 5) Doświadczenie kliniczne poucza, że często przyczyną zwężeń są odległe ogniska zakażenia. — 6) Zasadą leczenia powinno być usunięcie wszelkich możliwych ognisk zakażenia i stopniowe rozszerzanie miejsca zwężenia zapomocą bougies.

Th. O. Gamble (Albany, N. Y): *Pęknięcie sklepienia pochwy (Kolporrhexis) w czasie porodu* (wraz z opisem przypadku). Pęknięcie sklepienia pochwy jest poważnem powikłaniem porodowem i — zdaniem autora — jest ono znacznie częstsze, aniżeli to wykazuje amerykańskie piśmiennictwo, które nie docenia jego znaczenia.

Cierpienie to powstaje najczęściej na tle urazu, a jednym z momentów usposabiających może być obwisły brzuch. Dotyczy to zwłaszcza przypadków samoistnego pęknięcia.

H. E. Miller (New Orleans, La): *Rozpatrywanie przyczyn śmierci matek i płodów w 291 przypadkach cięcia cesarskiego.*

J. Corwin — W. W. Herrick (New York N. Y.): *Zatrucia ciążowe i stosunek ich do chronicznych schorzeń sercowo-naczyniowych i nerkowych.* Materjał obejmujący 291 przypadków ciąży z powikłaniami podzielono na trzy części: 1) ostre zatrucia ciążowe o charakterze drgawkowym, 2) zatrucia, powstałe na tle zaburzeń nerkowych charakteryzujące się długotrwałym białkomoczem i zatrzymaniem azotu, 3) zatrucia ze wzmożonem ciśnieniem bez wyraźnego białkomoczu (hypertonia essentialis). Wszystkie chore pozostawały w ciągłej obserwacji w czasie ciąży, porodu, połogu i długi czas później, niektóre z nich nawet w ciągu 6 lat. Przekonano się, że u wielu kobiet zmiany w dnie oka, w obwodowych naczyniach i przerost serca pozostały w ciągu następnych miesięcy, a nawet lat. Więcej niż połowa tych kobiet wykazywała po kilku latach wzmożone ciśnienie krwi i białkomocz. Śmiertelność płodów u chorych z drgawkami wynosiła 55%, u chorych na nerki 47%, a w grupie ze wzmożonem ciśnieniem bez białkomoczu 15% przypadków. Zdaniem autorów zachowanie się systemu sercowo-naczyniowo-nerkowego może dawać pewne wytyczne co do dalszego ich stanu po skończonej ciąży. Co do przyczyny zatruć ciążowych, to nie może być jedna tylko trucizna, jedna noxa.

Leczenie dla wszystkich form jest jednakowe: spokój fizyczny i psychiczny, pożywienie bez soli i azotu, więcej węglowodanów i prawidłowa ilość tłuszczów. Zależnie od przypadku podawać brom, chloral, morfinę i siarczan magnezowy. Nie należy jednak radzić zajście w ciążę kobietom, które mają stale ciśnienie krwi systoliczne ponad 150 i diastoliczne ponad 100 mg Hg.

C. Bachman (Philadelphia, Pa): *Przypadek ludzkiej cyklopji.*

J. R. Manley, F. E. Kliman (Duluth, Minnesota): *Martwica tkanki korowej nerek w ciąży.* Przypadek dotyczy 38-letniej pierwiastki w 8 miesiącu ciąży, u której skutkiem zatrucia ciążowego wystąpiły ukryte krwawienia i to tak silne, że musiano dla ratowania jej życia wykonać cięcie cesarskie.

Po operacji stan chorej był dobry pomimo tego, że w ciągu 12 dni oddała ona tylko 831 ccm moczu. Godnem uwagi jest, że ani kreatynina, ani mocznik we krwi nie uległy zmianie, co autor odnosi do kilkakrotnego przetaczania krwi i dożylnych wlewań soli. Obdukcja wykazała martwicę tkanki korowej, a autor sądzi, że przyczyną były produkty rozpadu pochodzące z obumarłego płodu.

C. H. Davis (Milwaukee, Wis): *Rozwój metod znieczulania w położnictwie* (ze szczególnem uwzględnieniem znieczulenia etylenowego). Zdaniem autora każda rodząca ma prawo żądać, aby jej zmniejszyć bóle, zwłaszcza zbyt długo trwające. Nowoczesna sztuka lekarska powinna dążyć do tego, aby pokój rodzącej i sala porodowa przestały być miejscem mąk i cierpień. Ustać powinny nieludzkie jęki i wrzaski rozlegające się po całym budynku i górujące ponad zgiełkiem codziennym, a w nocy zakłucające spokój i ciszę innym pragnącym usnąć. Tembardziej, że istnieją zupełnie bezpieczne sposoby znieczulania i usuwania bólów.

Materjał autora obejmuje 1526 przypadków, z tego na znieczulenie etylenowo-tlenowe przypada 921. Jest to zdaniem autora najlepsza metoda, nadająca się zwłaszcza do drugiego okresu porodowego. W pierwszym okresie usuwano bóle zapomocą podskórnych wstrzykiwań heroiny, pantoponu i hyoscyny, a tylko w wyjątkowych przypadkach uciekano się do znieczulania.

Powikłań, ani też ujemnych stron tego postępywania autor nie spostrzegał. Nie nadają się do tej metody te operacje położnicze, które wymagają znacznego zwiotczenia powłok i macicy, jak np. obrót. Natomiast cięcie cesarskie wykonać można zapomocą znieczulania etylenowego i miejscowego.

W. W. Rambo (St. Louis, Mo): *Zaburzenie czynności porodowej spowodowane masami kałowemi naśladującemi guz umiejscowiony w miednicy.* Przypadek ciekawy z praktycznego punktu widzenia

K. Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 18 lutego 1928 r.

Przewodniczący prezes Tow. kol. Rożkowski.

I. Kol. Okuszko pokazał chorego z zanikiem mięśni zginaczy obu kiści i dłoni: przed 2 laty chory przechodził chorobę zakaźną ostra, obecnie są porażenia w zakresie nn. ulnaris i mediani: kol. Okuszko w rozpoznaniu różnicowem wyłącza sprawę obwodową i szereg rdzeniowych: jamistość rdzenia z powodu braku zmian czuciowych, sclerosis lateralis amyotrophica — wobec braku objawów spastycznych, zanik mięśni typu Charcot-Marie z powodu wieku chorego i, pomijając sprawę korzonkową (radiculitis), skłania się do rozpoznania atrophiae musculorum progressivae spinalis Aran-Duchenne'a. W leczeniu tego przypadku stosowano jod i galwanizację, otrzymując pewne polepszenie.

W dyskusji kol. Frenkenberg uważa przypadek jako wymagający dalszej obserwacji i ścisłego zbadania.

II. Kol. Szaniawski pokazał dziewczynkę 5-letnią, obserwowaną w szpitalu. Dziecko rodziców zdrowych, 5-te z rzedu i ostatnie: choroba rozwijała się powolnie, chód był coraz gorszy; dziecko było na kuracji w szpitalu w ciągu 1 miesiąca z pewnem polepszeniem, później znowu nastąpiło pogorszenie. W moczu — nic szczególnego, odczyn Wassermanna z surowicą krwi ujemny. Pirquet'a prawie ujemny, T^0 od 37^0 do 38^0, rączkami jeść nie może, paraplegia kończyn dolnych.

Kol. Frenkenberg, omawiając tenże przypadek, zaznacza, że dziecko w pierwszym okresie choroby miało impetigo vulgaris na twarzy — podaje dalej szczegółowo wyniki swego badania i przychodzi do konkluzji poniższej: różnobarwny charakter objawów oraz ich zmienność przemawiają za sprawą rozsianą w rdzeniu kręgowym. Pochodzenie prawdopobnie zakaźne, związek choroby z impetigo vulgaris nie jest wyłączony.

Kol. Stefan Kon proponuje w tym przypadku leczenie proteinoterapią lub vaccineuryną.

III. Kol. Botawia pokazał chłopca 13-letniego, który zgłosił się do niego przed 2 miesiącami z powodu niedrożności nosa. Badanie wykazało: w nosie nic szczególnego, natomiast w jamie noso-gardzielowej guz duży, twardy, na przegrodzie nosowej oparty, podług spoistości — fibromat, podług szybszego wzrostu — guz o charakterze złośliwym. Operowanie w tych przypadkach ciężkie z powodu obfitego krwawienia. Zastosował więc diatermię: po jednym seansie nastąpiło stopniowe zniszczenie guza, a po 4 tygodniach usunął resztki w postaci tkanki bliznowatej.

VI. Kol. Rozen pokazał i omówił prypadek owrzodzenia podudzia na tle żylaków, wyleczony metodą Sicord'a (zastrzykami dożylnemi roztworu Salicylanu sodu).

V. Kol. Szaniawski w krótkiem przemówieniu omówił stosowanie w celu zwalczania gruźlicy szczepionki B C G u niemowląt metodą doustną, zachęcając do szerszego stosowania tej metody.

VI. Kol. Błagowidow wygłosił pracę: „Wyniki własne stosowania odmy sztucznej" z pokazem aparatu do zakładania odmy i rentgenogramów.

Następnie odbyło się posiedzenie doroczne sprawozdawcze; wysłuchano kolejno sprawozdań sekretarza, skarbnika i bibljotekarza Tow. lekarskiego za rok 1927.

Wybory Zarządu Tow. na rok 1928 dały wynik poniższy: Prezes: kol. Rożkowski, zastępca: kol. Wrześniowski, sekretarz: kol. Łokczewski, skarbnik: kol. Wasilewski, bibljotekarz: kol. St. Kon, członkowie Zarządu: kol. Botawia i Okuszko: Komisja rewizyjna: mag. Nowak, kol. Petrykat i dent. Gelbard.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu na Zawodziu w dniu 26 lutego 1928 r.

I. Kol. Lipiński pokazał 5 chorych na gruźlicę płuc, leczonych z wynikiem pomyślnym zapomocą odmy sztucznej. W pierwszym z tych przypadków oprócz odmy było wykonane wycięcie kilkunastu centymetrów nerwu przeponowego (phrenico-exhaeresis). Omawiając szczegółowo te przypadki kol. Lipiński zachęca do stosowania odmy sztucznej na szerszą skalę.

W dyskusji kol. Szwedowski podziela zdanie prelegenta i zaleca, nie zwlekając długo, kierować chorych do zabiegu ponieważ w okresach początkowych wynik jest pewniejszy a nadto samo założenie odmy nie napotyka na trudności w postaci zrostów opłucnowych. Powołując się na statystykę Dra Zawistowskiego z Warszawy, obejmującą 120 przypadków — zaznacza, że najczęściej zakładano odmę u chorych młodszych do 30 lat życia.

Zdaniem kol. Rożkowskiego wycięcie nerwu przeponowego jest wskazane i pożyteczne szczególnie w gruźlicy płatów dolnych.

II. Kol. Botawia pokazał: 1) chorą 31-letnią po operacji *zatoki poprzecznej.*

W ciągu 2-ch tygodni chora gorączkowała dość wysoko, miewała dreszcze, z ucha lewego wydzielała się ropa, lecz wyrostek sutkowy nie był bolesny, obrzęku za uchem nie było. Dnia 6 stycznia wykonano trepanację wyrostka, który okazał się zniszczony na dużej przestrzeni; tylna jama czaszkowa obnażona na przestrzeni 5 groszy, opona jednak twarda i zatoka były niezmienione. Po operacji w ciągu 4 dni chora czuła się dobrze, 5-go dnia wystąpiły dreszcze i ciepłota podniosła się do $40,8^0$. 19-go stycznia kol. Botawia wykonał operację powtórną. Zatoka poprzeczna została obniżona na dużej przestrzeni, pulsacja nie była widoczna. Nakłucie zatoki wykazało ropę. Zatokę całą otworzono od kąta górnego do opuszki, zewnętrzną ścianę zatoki wycięto. Ponieważ od góry i od dołu udało się wydobyć twarde, odbarwione zakrzepy — na razie żyły jarzmowej nie podwiązywano i na tem drugą operację zakończono. Ciepłota po tej operacji nieco obniżyła się, lecz w dolnej części rany uformował się obrzęk tkanki podskórnej i przy ucisku tego nacieku wydzielała się obficie ropa z opuszki żyły jarzmowej. Ponieważ stan taki trwał przez cały tydzień, 26 stycznia wykonano operację po raz 3-ci: otworzenie zatoki (sposobem Vossa) i podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej. Chora zniosła zabieg dobrze, lecz ciepłota jeszcze nie opadła z powodu ropnia, który powstał na udzie, na miejscu zastrzyknięcia roztworu fizjologicznego soli. Po otworzeniu tego ropnia w dniu 2 lutego ciepłota spadła do normy, i chora stopniowo zaczęła się poprawiać. Rany na szyi i po trepanacji szybko i prawidłowo się goją.

2) Kol. Botawia pokazał chorego 25-letniego po doszczętnej operacji ucha środkowego, u którego rana za uchem została zaszyta a opatrunki przez kanał uszny robione były tylko przez dni 10, poczem stosowano tylko odkażanie ucha i zakrapianie spirytusu z wodą utlenioną. (Streszczenie własne).

2) Kol. Botawia pokazał chorego 25-letniego po doszczętnej wtórnego zarośnięcia dróg rodnych. Ponieważ w tym przypadku chora zamężna miewała stosunki prawidłowe i miesiączkowała prawidłowo, należy wnioskować, że zarośnięcie pochwy nastąpiło tu wtórnie, po septycznem poronieniu. Z powodu zjadliwych odchodów nastąpić musiało częściowe obumarcie ścian pochwy a potem zarośnięcie. Przypadek był leczony przez kol. Kona operacyjnie, i stanowi jaskrawy dowód teorji Naegela i Veit'a o wtórnem zarośnięciu dróg płciowych w przeciwieństwie do wad rozwojowych.

2) pokazał chorą w stanie zdrowienia po wykonanej operacji ciąży jajowodowej pękniętej prawostronnej; osobliwość przypadku stanowi to, że tę samą chorą kol. Kon operował przed 2 laty z powodu pękniętej ciąży zamacicznej lewostronnej. Opis przypadku kończy kol. K. uwagą poniższą. Przypadki ciąży zamacicznej obustronnej zdarzają się często. Przyczyna pozostaje ta sama, która wywołała zajście nieprawidłowe pierwszy raz — w danym przypadku jest nią chroniczna rzeżączka; drożność jajowodów upośledzona. Zachodzi pytanie, czy nie byłoby wskazane podczas operacji pierwszej ciąży zamacicznej wykonać zapobiegawczo sterylizację jajowodu.

IV. Kol. Frenkenberg pokazał i omówił szczegółowo 2 przypadki: 1) przypadek dystrophiae musculorum progressivae z odtłuszczeniem i 2) przypadek myelitidis subacutae powstałej po uderzeniu 48-letniego mężczyzny w kolano.

Posiedzenie w dniu 17 marca 1928 r.

W dniu 17 marca odbyło się posiedzenie Tow. lek., na które zaproszeni zostali przedstawiciele władz rządowych, samorządowych, prezydjum Rady miejskiej, dyrekcja i zarząd pow. Kasy chorych oraz Stowarzyszenia techników — w celu wysłuchania odczytu inżyniera prof. Putermana z Warszawy „o budownictwie szpitalnem u nas i zagranicą". Odczytu, wygłoszonego ze znawstwem i opanowaniem przedmiotu, ilustrowanego przeźroczami w ilości 95 — wysłuchano z napiętą uwagą, i nagrodzono prelegenta oklaskami. Odczyt wywołał ożywioną wymianę zdań. Treści odczytu nie notowano, ponieważ był już omawiany w prasie lekarskiej.

Na początku posiedzenia kol. F r a n k e pokazał i omówił przebieg choroby 2 operowanych przez niego chorych: 1) chory w wieku lat 58, rozpoznanie carcinoma ventriculi: podczas operacji znaleziono kilka guzów w żołądku, ale żadnych przerzutów nie stwierdzono; wycięcie całego żołądka sposobem Billrotha II-im; pokaz otrzymanego preparatu, 2) chory w wieku lat 57, operowany w dniu 8 marca z powodu 2 wrzodów drążących żołądka; wykonano gastro - enterostomię z wynikiem bardzo dobrym.

Sekretarz: *K. Łokczewski*

SPRAWY ZAWODOWE.

Dr. A. PRZYBOROWSKI. Warszawa.

Doroczne Zebranie Ogólne Międzynarodowego Stowarzyszenia Zawodowo - Lekarskiego A. P. I. M.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Zawodowo - Lekarskie po okresie studjów przedwstępnych, zostało ostatecznie zawiązane dnia 15 lipca 1926 r. Zarząd i Sekretarjat Generalny organizacji funkcjonują od 1-go stycznia 1927.

Pewna liczba interesujących ankiet, przeprowadzonych od tego czasu w żywotnych sprawach zawodowo - lekarskich, znalazła lub znajdzie zastosowanie w życiu praktycznem; inne są w biegu w chwili obecnej. Odpowiedzi pochodzą, jak dotąd, od zawodowych ugrupowań narodowych lekarskich 25 krajów, które oficjalnie należą do tej organizacji międzynarodowej, będącej w stałych stosunkach i bezpośredniej współpracy z Międzynarodowem Biurem Pracy (B. I. T.) w Genewie, a ostatnio z Instytutem Międzynarodowem Współpracy Intelektualnej, powstałym w Genewie, a mającym siedzibę swoją w Paryżu.

Trzecie doroczne Zebranie Ogólne A. P. I. M. odbyło się w Paryżu 27, 28, 29 i 30 września 1928. Z 25 narodów należących, 15 było reprezentowanych na zjeździe, co łatwo zrozumieć, gdy się weźmie pod uwagę odległość niektórych krajów, np. państw Ameryki Południowej.

Obecni byli przedstawiciele następujących państw: Austrja (Dr. S t r i t z k o). — Bulgarja (Dr. F a r k a s). — Danja (Dr. T o l d e r l u n d). — Francja (Dr. D e c o u r t). — Gdańsk (Dr. W i e b e). Holandja (Dr. D r o o g l e e v e r F o r t u y n). — Jugosławia (Dr. F a r k a s). — Luxemburg (Dr. S c h a e f t g e n). — Łotwa (Dr. P r z y b o r o w s k i). — Niemcy (Dr. S c h n e i d e r). — Norwegja (Dr. T o l d e r l u n d). — Polska (Dr. P r z y b o r o w s k i). — Szwajcarja (Dr. V u i l l e u m i e r). — Szwecja (Dr. R y s t e d t). — Wielka Brytanja (Dr. C o x).

Program został rozesłany na kilka miesięcy przed Zjazdem, materjały zaś do obrad w postaci 9-ciu raportów, opracowane przez niektórych korespondentów i Sekretarjat Generalny, były skierowane do korespondentów - delegatów na 6 tygodni przed Zjazdem, by każdy z nich mógł się należycie zawczasu obeznać z daną sprawą.

Nie możemy tu podawać całego programu, wymienimy tylko sprawy ważniejsze. Przedewszystkiem ubezpieczenie od choroby, jako sprawa pierwszorzędnej wagi, zajęło dwa z czterech dni obrad i dało w wyniku serję deklaracyj, stanowiących jakby międzynarodową „magna charta" dzisiejszego stanowiska w tej sprawie stanu lekarskiego.

Z innych spraw, które były przedmiotem kwestjonarjuszów i obrad wymienimy: sprawę specjalności w medycynie; sprawę niezależności w przepisywaniu lekarstw i zaleceniach lekarskich w medycynie społecznej; stosunki A. P. I. M. z Międzynarodowem Biurem Pracy (B. I. T.) i Międzynarodowym Instytutem Współpracy Intelektualnej (I. I. C. I.); XI Międzynarodową Konferencję Pracy w Genewie; Badanie lekarskie woźniców samochodowych i t. d.

Ankiety M. Stow. Zaw. - Lekarskiego zwróciły już na siebie uwagę „miarodajnych" sfer międzynarodowych, które oświadczyły, że będą się z niemi liczyły. Dalszym krokiem będzie udział przedstawicieli A. P. I. M. we wszelkich komisjach doradczych i zajmujących się badaniem spraw, dotyczących praktyki lekarskiej. Udział taki został nam przyrzeczony. Mamy tedy podstawę liczyć na to, że odtąd lekarze będą mogli przedstawić swoje racje, wyjaśnienia i słuszne żądania, prostować uprzedzenia i błędy. Przekonani o słuszności sprawy swojej, więcej nie żądamy.

Międzynarodowy Zjazd Dyrektorów Kas Chorych i Towarzystw Wzajemnej Pomocy odbył się świeżo w Wiedniu. Nie znamy jeszcze szczegółów powziętych rezolucyj. Tembardziej nie wiemy w jakim duchu zapatrują się kierownicze sfery tej organizacji Międzynarodowej na przyszłe stosunki z ciałem lekarskiem wogóle. W interesie samym dobrego funkcjonowania kas, a zatem zapewnienia chorym najlepszej opieki lekarskiej, — oczywistem jest, że harmonijna współpraca administracji kas z ciałem lekarskiem jest niezbędna.

Członkowie Rady A. P. I. M. na trzecim Zjeździe uchwalili, że taką współpracę uważają za naturalną, że jej sobie życzą w interesie wszystkich i że są gotowi do układów. To stanowisko szczere i otwarte powinno być znane; wynika ono z opinji publicznej poszczególnych krajów; ona też w następstwie oceni rezultaty.

Gdy będzie gotowe sprawozdanie ze Zjazdu, będzie można podać do wiadomości publicznej oficjalne uchwały, które są dowodem, że organizacja ma za cel nie tylko obronę interesów lekarza - praktyka, ale także, i przedewszystkiem, interesów samych chorych. Taką zaś konkluzję winni życzliwie przyjąć wszyscy, którzy dbają o interes powszechny i postęp społeczny.

* * *

Szczegółowe sprawozdanie z tegorocznego zjazdu wyjdzie w końcu listopada w kwartalniku: „Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale", który jest organem urzędowym A. P. I. M.

Kwartalnik ten można abonować w Księgarni Francusko-Polskiej, Warszawa Nr. 16. Telefon 198 - 96, w cenie odpowiadającej 1 fr. szw. za numer.

LIST DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. 42 „Polskiej Gazety Lekarskiej" Dr. Tomanek w sprawozdaniu ze Zjazdu Międzynarodowego Przeciwgruźliczego w Rzymie wymienia licznych prelegentów różnych krajów, nawet takich, którzy nieobecni na Zjeździe (Maher, Hauduroy i in.), natomiast pomija jedynego polskiego prelegenta w tej kwestji (o przesączalnych postaciach prątka gruźl.), mianowicie niżej podpisanego. Naturalnie, byłoby mi zupełnie obojętne, czy mię wymieniają w sprawozdanu w jakimś języku o b c y m, czy nie — ale uważam, że w sprawozdaniu dla czytelnika p o l s k i e g o nie powinno brakować dyskutantów polskich, i tak bardzo nielicznych w stosunku do licznego udziału lekarzy polskich w Zjeździe. Czytelnik polski ma wrażenie, jak gdyby nikt z całej Polski nie mógł zabrać głosu w tej sprawie, zostaje zatem przez sprawozdanie Dra T. niedokładnie poinformowany.

Łączę przy sposobności wyrazy głębokiego szacunku

Dr. Sterling - Okuniewski m. p.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Dr. med. i fil. M i c h a ł S e ń k o w s k i doc. U. J. powołany został przez Wydział lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie do objęcia wykładów chemji.

Dnia 24. b. m. Prezes Krak. Tow. Lek. żegnał w gorących słowach przenoszącego się do Wilna prof. M. Seńkowskiego, który będąc prawie, że 25 lat gospodarzem tegoż Towarzystwa, zżył się z niem i około niego wielce się zasłużył. Przedewszystkiem Tow. zawdzięcza M. Seńkowskiemu rozbudowę swego domu, zaco Towarzystwo nadało Mu godność Członka honorowego.

Dyrektor bibljoteki Uniw. w Smoleńsku, prof. N. E f i m o r zwrócił się do Zarządu Krak. Tow. Lek. z wnioskiem o przysyłanie bibljotece Uniw. P. G. L. w zamian za co Uniwersytet Smoleński ofiaruje Kr. T. L. „Wiadomości naukowe Smoleńskiego Uniwersytetu". Zarząd Kr. Tow. Lek. podjął niniejszą myśl i zaszczytne ofiarowanie zcałą gotowością — uważając wzajemną wymianę wydawnictw jako konieczny środek obcowania naukowego.

K o ł o L e k a r z y - A b s t y n e n t ó w zawiadamia P. T. Kolegów - członków i Sympatyków, że Walne Zebranie Koła odbędzie się w czasie Kongresu Przeciwalkoholowego w dniach 8 i 9 grudnia w Lublinie. Prosimy Szan. Kolegów o jak najliczniejszy

udział, a w razie niemożności przybycia do Lublina o piśmienne zgłoszenie swego akcesu do Koła, abyśmy mogli ustalić liczbę lekarzy - abstynentów w Polsce. Prof. Dr. Rafał Radziwiłłowicz, Wilno. Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Poznań. Dr. Józef Zaleski, Warszawa. Dr. Klemens Sokal, Lublin.

Lwów.

Komunikat Izby Lekarskiej we Lwowie. Upraszam o pomieszczenie w łamach „Gazety Lekarskiej" następującej notatki:

„Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej przypomina Lekarzom na terenie Izby zamieszkałym, zarejestrowanym w Ministerstwie lub Województwie, obowiązek zgłaszania się w ciągu dni 14 w Izbie na zasadzie postanowień art. 3 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, przyczem zauważa, że pojęciem „wykonywania praktyki lekarskiej" według interpretacji Naczelnej Izby Lekarskiej objęte są wszelkie czynności, do których jest się uprawnionym z tytułu posiadania dyplomu doktora medycyny albo doktora wszech nauk lekarskich, spełnianych czy to prywatnie, czy na posadach w szpitalach, klinikach, sanatorjach czy innych zakładach leczniczych, w laboratorjach, urzędach sanitarnych i t. p.

Lekarze wpisani do Lwowskiej Izby Lekarskiej są obowiązani ubezpieczyć się w Kasie ubezpieczeniowej członków Izby Lwowskiej (K. U. C. I. L.) od niezdolności do pracy spowodowanej chorobą i od tego obowiązku żaden z członków cywilnych Izby uwolnionym być nie może.

Inne są postanowienia co do Kasy emerytalnej, do której obowiązkowo należeć muszą tylko niektórzy członkowie Izby, o czem dokładnie poinformować się można z Regulaminu Kasy emerytalnej członków Lwowskiej Izby Lekarskiej, który można nabyć w Kancelarji Izby (ul. Zyblikiewicza 23) po cenie 50 gr.

Samo przez się rozumie się, że opłaty izbowe i opłaty do instytucyj ubezpieczeniowych Izby muszą być uiszczane regularnie i punktualnie.

Do zamieszczenia niniejszego ogłoszenia skłania Zarząd Izby fakt częstego zaniedbywania powyższych obowiązków przez niektórych lekarzy w obrębie Izby Lwowskiej zamieszkałych.

Zdarza się także, że lekarze pism Izby Lekarskiej albo nie przyjmują, albo na wezwanie Izby nie odpowiadają; Zarząd Izby Lwowskiej zwraca uwagę, że takie postępowanie stanowi przekroczenie obowiązków względem Izby i że fakta tego rodzaju będą w każdym przypadku przekazywane Sądowi Izby, celem pociągnięcia winnego do odpowiedzialności".

Izba Lekarska we Lwowie. Dnia 30 października 1928. Naczelnik Izby: *Kuhn,* m. p.

Ze świata.

Der blutlose Phlebotomist. Podajemy do wiadomości czytelników, iż Denver Chemical Mfg. Co, New-York oraz firma Kade-Denver Compagny, Berlin wydają pismo pod tytułem: „Der Blutlose Phlebotomist". Czasopismo powyższe ukazuje się w języku angielskim, francuskim, niemieckim, włoskim, hiszpańskim i japońskim w ilości 1,250.000 egzemplarzy. Pismo to dostarczane będzie bezpłatnie wszystkim lekarzom, weterynarzom, dentystom, aptekarzom i szpitalom na całym świecie, za wyjątkiem Rosji, Litwy, Estonji i Bułgarji.

Konferencja Międzynarodowej Federacji Towarzystw Eugenicznych odbyta w Monachjum w dniach 13—15 września 1928 r. Z przebiegu powyższej konferencji podajemy niektóre momenty. Sprawozdanie Komitetu badania krzyżowania ras. Przewodniczącym tego Komitetu został obrany Dr. Davenport. Komitet składa się ze znawców amerykańskich, szwedzkich oraz norweskich. Wniosek żądający przedkładania historji rodzin emigrantów państwom, przyjmującym emigranta, został odrzucony wskutek opozycji przedstawiciela Włoch.

Prezes zawiadomił zebranie o utworzeniu się Panamerykańskiego Biura do spraw eugeniki i homikultury (Panamerican Office for Eugenics and Homiculture) z siedzibą w Hawanie (Kuba) oraz przedłożył Federacji, by poproszono Biuro Panamerykańskie o przysłanie delegata swego do Federacji. Ponieważ statut Federacji Towarzystw Eugenicznych nie przewiduje przyjmowania związków państw na członków Federacji, przeto zmieniono odpowiednio klauzulę statutu Federacji.

Sir Bernard Mallet (Anglja) zawiadomił, że w Paryżu w lipcu został utworzony Związek Międzynarodowy do badań zagadnień ludnościowych, w którego statucie jest klauzula, przewidująca możliwość współpracy z licznemi międzynarodowemi organizacjami naukowemi, zainteresowanemi w sprawach ludnościowych.

Referaty naukowe, wygłoszone na Konferencji. — Dr. Davenport wygłosił rzecz: „Krzyżowanie ras na Jamajce". Referent przedstawia cechy antropologiczne tubylców (czarnych) oraz mieszańców z białymi. Zdolności muzykalne (badanie zdolności rozróżniania dźwięków kamertonu) są najbardziej rozwinięte u tubylców (czarnych), mniej u mieszańców, najmniej zaś u białych. Zdolność odróżniania barw, zapachów — jak wyżej. Zdolności rachunkowe (wykonanie 10 prostych zadań rachunkowych) występują w kierunku odwrotnym.

Dr. Laughlin: Wyjaławianie (płciowe) w Stanach Zjednoczonych (odczytane przez Dra Davenporta). W Stanach Zjednoczonych poddano wyjałowieniu (sposobem chirurgicznym) 6.244 osób, z tego w Kalifornji — 4.636 osób. Prawodawstwo poszczególnych stanów nie zezwala na wyjaławianie ze względów eugenicznych, uważając zabieg ten za „nieludzką i najbardziej niezwykłą karę" (cruel and most unusual punishment). Tylko w Stanie Kalifornji udało się eugenistom znaleźć podstawę prawną do wykonywania tego zabiegu nie tylko za zgodą operowanego, lecz nawet wbrew jego woli (przymusowo).

W dyskusji prof. Rüdin oraz prof. Irwing Fisher gorąco występowali przeciw wyjaławianiu przymusowemu a nawet dobrowolnemu, jeśli wskazania do wyjaławiania są eugeniczne, a nie indywidualno - terapeutyczne.

Prof. Ernst Rüdin wygłosił referat: „Psychjatrja a higjena rasy". Referent wyszczególnił, jakie choroby umysłowe zaliczyć należy do grupy phrenotypicznej, a jakie do grupy genotypicznej. Tylko ta druga grupa interesuje higjenę rasy ze względu na występowanie dziedziczne tych chorób. Prof. Rüdin, jako dyrektor oddziału genealogicznego Niemieckiego Instytutu Psychjatrycznego im. Kräpelina w Monachjum (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie) rozporządza olbrzymiem archiwum, zawierającem genealogję osób, chorych umysłowo. Zbieranie danych genealogicznych rodzin (w linji prostej i bocznych) osób, chorych psychicznie, wymaga znacznych wydatków finansowych na koszty przejazdu personalu Instytutu do najbardziej odległych zakątków kraju, względnie przejazdu chorych i członków ich rodzin do Instytutu.

Instytut ten otrzymuje pomoc finansową od Fundacji Rockefellera, jak również i Skarbu Rzeszy. Na zasadzie nagromadzonego olbrzymiego materjału archiwalno - genealogicznego prof. Rüdin wypowiada tezy, stojące w sprzeczności z istniejącemi poglądami na dziedziczenie pewnych chorób umysłowych. Prof. Rüdin uważa schizophrenję za chorobę genotypiczną, wole zaś za chorobę phrenotypiczną. Uważa on, że zebranie danych genealogicznych w chorobach umysłowych w chwili obecnej nie ma znaczenia praktycznego wobec braku ustawodawstwa eugenicznego, które jest potrzebą palącą współczesnej cywilizacji.

Prof. Ploetz wygłosił referat „O mutacji" ze swej pracowni genetycznej (Schloss Rezensried, Herrsching). W pracowni tej Ploetz prowadzi badania nad mutacją na materjale króliczym złożonym z tysiąca sztuk zwierząt. Od trzech lat Ploetz specjalnie poświęcił czas badaniu wpływu spożywania alkoholu przez rodziców na potomstwo. W celach doświadczalnych podaje sie koniak królikom codzień przez zgłębnik żołądkowy(przez szereg miesięcy). Pewien odsetek królików alkoholizowanych ginie na zapalenie płuc, schorzenia wątroby (często ropne), nerek i t. p. Króliki alkoholizowane, pozostałe przy życiu, parzy się i to często, w chwili odurzenia alkoholowego. Dotychczas wyniki badań upoważniają prof. Ploetza do wypowiedzenia się, że na materjale króliczym nie da się stwierdzić ujemnego wpływu spożycia alkoholu przez rodziców na potomstwo. Krzywe śmiertelności potomstwa, testy psychiczne, badania pośmiertne wskazują, że alkohol jest jadem phenotypicznym, lecz nie genotypicznym. Po ukończeniu tych doświadczeń, z ogłoszeniem wyników których ociąga się ze względów natury socjologicznej, prof. Ploetz ma zamiar przystąpić do badań wpływu zakażenia królików syfilisem na potomstwo. Na wyniki projektowanych badań prof. Ploetza wszyscy genetycy czekać będą z największem zainteresowaniem, ponieważ obecnie już eugeniści i genetycy zapatrują się na kiłę, jako na jad phenotypiczny, a nie genotypiczny który wywołuje zmiany zwyrodnieniowe w pierwszem, względnie nawet i drugiem pokoleniu, będące wynikiem zatrucia, względnie uszkodzenia gruczołów dokrewnych, nie zaś uszkodzenia komórek rozrodczych.

Następny Zjazd Federacji ma odbyć się w Rzymie na zaproszenie przedstawiciela Włoch.

Kurs dokształcający dla lekarzy kąpielowych odbędzie się w Berlinie w czasie od 10—23 stycznia 1929 roku. Kurs ten da pogląd na postępy w patologji i lecznictwie chorób wewnętrznych, dziecięcych i kobiecych. Opłata wynosi 80 marek niem. Zgłoszenia należy skierowywać najdalej do 3 stycznia 1929 r. pod adresem: Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin N 2 6, Luisenplatz 2—4.